

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1942

THÈSE ^{N°} 147
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

René-Eugène RAIMBOURG

Né le 10 décembre 1914 à Houdetot (Seine-Inf.)

Présentée et soutenue publiquement le 23 JUIN 1942 1942

ESSAI
sur les troubles mentaux
des endocarditiques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1942

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

René-Eugène RAIMBOURG

Né le 10 décembre 1914 à Houdetot (Seine-Inf.)

Présentée et soutenue publiquement le1942

ESSAI
sur les troubles mentaux
des endocarditiques

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique

MM.

DE GENNES ...	Pathologie médicale.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE)	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
JAN.		MCURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	}	Clinique obstétricale.	
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MERE

*Avec l'expression de ma reconnaissance et de
mon affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies de l'Encéphale
à la Faculté de Médecine.

Membre de l'Académie de Médecine.

*Avec nos sentiments de profonde gratitude
pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON

Qui nous inspira cette thèse.

*Avec l'expression de notre reconnaissance et
de notre profond respect.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR NÉE

Directeur de l'Ecole de Médecine.

Professeur de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSAINT

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale.

Associé National de l'Académie de Médecine.

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUCHOIS

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPRÉ

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR HÉCART

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL

Chirurgien des Hôpitaux.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

MADAMOISELLE LE DOCTEUR MOREL

Médecin-chef de l'Hôpital Psychiatrique de Rouen.

A MESSIEURS LES MÉDECINS-CHEFS
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

LE DOCTEUR MENUAU
LE DOCTEUR BEAUDOUIN
LE DOCTEUR DEMAY
LE DOCTEUR MARTIMOR
LE DOCTEUR VIE

A MES MAITRES DE CONFERENCES

MONSIEUR LE DOCTEUR STEWART
Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMOTTE

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé l'étude des troubles psychiques au cours des endocardites à la suite de l'observation, longtemps poursuivie, d'une femme entrée dans le service du docteur CHATAGNON à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche. Cette femme présenta les signes d'une endocardite mitrale d'évolution lente; nous avons assisté au déroulement des symptômes cardiaques et psychiques et vérifié anatomiquement la réalité des lésions causales. Cette observation nous parut très démonstrative et susceptible de pouvoir être réservée comme point de départ de l'analyse d'un problème plus général : celui des rapports des endocardites et de la psychopathologie.

L'inflammation de l'endocarde joue, en pathologie cardiaque, un rôle considérable; en effet : 1° les lésions valvulaires résultent, presque toutes, d'une infection de l'endocarde; 2° les poussées successives d'endocardite (l'infection de l'endocarde est souvent de très longue durée et sujette à reviviscence) viennent, bien souvent, pour le moins, aggraver les autres lésions cardiaques existantes. Les troubles psychiques au cours des endocardites offriront donc

un intérêt majeur: en permettant d'envisager le retentissement ou la traduction psychique d'une des lésions les plus capitales du cœur. L'endocardite nous permet de condenser l'ensemble des relations du système nerveux avec les fonctions cardio-vasculaires, en embrassant la double action : infectieuse et mécanique, de l'endocardite sur l'encéphale (embolie, thrombose, trouble de la circulation de retour, avec toutes ses conséquences sur la fonction cérébrale dans sa totalité, quelqu'en soit le mécanisme); le cerveau étant un organe d'une extrême sensibilité à toute modification de l'hydraulique cardio-vasculaire, étant contenu dans une boîte osseuse rigide, par conséquent non extensible sous l'influence de l'augmentation de volume de la masse encéphalique par inhibition œdémateuse par exemple. C'est dire que nous n'envisagerons pas le problème d'une façon étroite : nous le placerons dans le cadre des états infectieux où il doit prendre place, en tenant compte, non seulement, de la valeur du processus endocarditique en soi, mais aussi, des atteintes du myocarde et du péricarde si fréquemment associées et que nous ne dissociions que par esprit d'analyse. Mais si la notion de l'infection domine, de haut, la symptomatologie des troubles psychiques au cours des endocardites, elle régent également leur pronostic et leur traitement. Elle n'est pas, cependant, la seule notion essentielle. A elle s'ajoutent, en effet, les éléments composant la valeur des potentialités réactionnelles de l'encéphale du sujet résultant, elles-mêmes de deux actions : 1° l'une rele-

vant du facteur hérédité et constituant la qualité du terrain (diathésique ou vésanique des classiques) ; 2° l'autre relevant des lésions (surtout des traumatismes utérins et obstétricaux et des intoxications) constituant les modifications acquises du terrain.

C'est des combinaisons et de l'intrication de ces différents facteurs que résultera l'édification originale des syndromes mentaux, au cours des endocardites. Comme on le comprend, ces syndromes mentaux auront une grande diversité. Cependant un noyau central les unira : celui de la *confusion mentale* : confusion onirique pure, lorsque l'infection endocardique surviendra chez un sujet à encéphale bien constitué et sain ; confusion mentale dégradée ou associée selon la nature de l'adultération cérébrale antérieure.

Tels sont les points essentiels que notre exposé désirerait montrer. Notre plan sera le suivant :

CHAPITRE PREMIER. — Exposé des faits. Observations groupées concernant :

- A) Les troubles psychiques au cours des endocardites malignes d'évolution aiguë.
- B) Les troubles psychiques au cours des endocardites malignes d'évolution lente.
- C) Les troubles psychiques au cours des endocardites aiguës.

CHAPITRE II. — Analyse et critique des faits.

CHAPITRE III. — Aperçu clinique des troubles psychiques au cours des endocardites.

CHAPITRE IV. — Aperçu pathogénique. Dédutions pronostiques et thérapeutiques.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DES FAITS

Nous rapportons les observations, ou les travaux, relatant les manifestations psychopathiques, évoluant au cours des endocardites.

Les observations sont groupées ainsi :

- A) Troubles mentaux au cours des endocardites malignes d'évolution aiguë.
- B) Troubles mentaux au cours des endocardites malignes à évolution lente.
- C) Troubles mentaux au cours des endocardites aiguës.

A. - TROUBLES MENTAUX AU COURS DES ENDOCARDITES MALIGNES AIGUES

Les troubles mentaux au cours des endocardites malignes aiguës ont été peu étudiés, il est vrai, que l'évolution de l'endocardite maligne est, ordinairement, rapide et les troubles psychiques, quand ils se

manifestent peuvent, ainsi, passer au second plan du tableau clinique.

Rappelons, cependant, la participation mentale assez caractéristique, que l'on observe dans les formes typhoïdes de l'endocardite : cet état adynamique, avec délire onirique tranquille, alternant avec des périodes d'hébétude et de stupeur. Mais il est d'autres troubles mentaux, tels que ceux des observations suivantes :

1°) - J. MICKLE. — Sur la folie dans ses rapports avec les affections cardiaques et aortiques et la tuberculose. (*British Medical Journal*, 1888, T. I, p. 503 et *Archiv. fur Pathol. anat. und physiol.* Band XX, p. 542), écrit : « Les affections cardiaques aiguës peuvent être la source de troubles mentaux, comme la folie observée dans quelques cas d'endocardite ulcéreuse de l'accouchement, amenant des troubles qui prennent la forme de la manie puerpérale ».

2°) - LAURENT rapporte dans sa *thèse* (Lyon 1884), une observation de LECLERC, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui peut se résumer ainsi :

Homme de 20 ans, entre à l'hôpital pour asystolie, a eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu; les signes physiques sont ceux d'une maladie mitrale et d'une insuffisance aortique. Le 13 juin, il présente une anxiété intense, de la dépression et des pleurs; le 24 juin, apparition d'un délire furieux, on veut l'empoisonner, il se pratique, à l'aide de son couteau, des scarifications aux bourses et à la verge; le 25 juin, mort subite. L'autopsie révèle des lésions ulcéro-végétantes.

3°) - OBSERVATION DE FOLLET. — (*Bulletin de la Société Scientifique et Médicale de l'Ouest*, Rennes 1898.).

Rosalie C..., 75 ans, entre, le 19 mars 1896, salle Sainte-Agnès. C'est une personne calme d'esprit, d'humeur égale et douce. Elle n'éprouve aucune souffrance, elle est impotente, du fait d'une ankylose du genou et le membre correspondant est légèrement œdédiatié; elle porte une hernie ombilicale sans entraves des fonctions digestives, elle ne tousse pas, l'auscultation relève de l'œdème pulmonaire aux bases et de l'emphysème à la région sternale. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Cœur non augmenté de volume mais souffle systolique mitral; pouls petit, régulier. Cette insuffisance mitrale a toujours été compensée, il n'y a pas eu de crises d'asystolie. Dans les premiers jours d'avril, on observe un état infectieux caractérisé par une diarrhée abondante, une toux fréquente, cyanose légère de la face, râles abondants dans la poitrine, température, insomnie absolue, nuits agitées, subdélire le soir. Dès ce moment, je constate un bruit de piaulement qui coïncide avec le souffle mitral et se surajoute à lui. Vers la fin d'avril, les troubles respiratoires et intestinaux ont cessé, mais le piaulement mitral a persisté avec le délire. Le caractère est profondément modifié, il devient agressif. Cette femme, d'ordinaire très calme, passe des jours et une partie des nuits à insulter grossièrement les gens qui l'entourent. Pendant des heures, elle crie, s'agite, pousse des hurlements, elle rejette au loin ses couvertures, parle sans trêve, le regard et le teint animés, les mains dans un état de trémulation incessante. Le fait de s'approcher d'elle provoque, de sa part, des menaces furibondes et une colère tout éphémère dont elle perd bientôt le souvenir. Elle confond les personnes

et les choses; elle appelle l'interne M. Mincent du nom du médecin qui la soigna jadis et mort depuis longtemps, elle croit le reconnaître, lui sourit. Son délire est à certains moments systématisé. Pendant deux jours, elle proteste qu'elle est innocente de l'accusation portée contre elle, d'avoir calomnié son ancienne maîtresse. Les jours suivants chaque fois que l'interne s'approche de son lit, elle l'appelle du nom de son gendre et lui fait de violents reproches sur son inconduite. Elle parle sans cesse de son logement qu'elle affirme être placé derrière la cloison voisine où elle menace de se retirer, si on lui fait encore des piqûres de morphine. Malgré cela, en l'interrogeant brutalement, on obtient d'elle quelques oui ou non à propos sur des questions d'heure, de jour, de repas. Mais les conceptions délirantes s'emparent d'elle aussitôt et l'*attention* ne peut se *fixer davantage*. Bientôt, elle a de l'incontinence des sphincters, une escharre sacrée se développe. A partir du 10 juin, le délire est tranquille, la malade se plaint de sa faiblesse et de son état pitoyable, une torpeur somnolente l'envahit le soir jusqu'au lendemain, l'escharre progresse rapidement et elle meurt le 24 juin. A aucun moment, on a eu l'asystolie et son cortège de symptômes. Le 19 juin, cinq jours avant sa mort, on avait noté une hémiplégie gauche, respectant la face, avec œdème correspondant et phlyctènes noirâtres sur la main et l'avant-bras gauches.

Antécédents nuls. Fièvre typhoïde à 15 ans.

Autopsie : Cerveau et annexes : méninges congestionnées hémorragiques, sillonnées du côté gauche de veines turgescents. L'artère méningée moyenne gauche est thrombosée sur 5 ou 6 centimètres. Hémisphères cérébraux durs, sans œdèmes, pas de piqueté hémorra-

gique. On ne trouve aucune tache, aucun foyer de ramollissement, aucun noyau hémorragique. Artère basilaire athéromateuse; bulbe, moëlle, cervelet intacts. Cœur : Epaissement du ventricule gauche, légère dilatation, myocarde feuille morte, le cœur droit est sain. Cœur gauche : calcification à l'implantation des valvules mitrales, à leur base : noyaux durs épais et pierreux. Le bord libre des valvules offre une lésion beaucoup plus récente : des végétations molasses d'un gris rosé. Orifice aortique à pourtour athéromateux. Aorte et gros vaisseaux peu athéromateux.

Poumons : bases congestionnées, adhérences du sommet gauche, emphysème des bords.

Foie non congestionné pâle et gras.

Reins un peu mous mais ni sclérosés ni congestionnés.

4°) - OBSERVATION DE LHERMITTE ET D'AJURIAGUERRA.
— (*Gazette des Hôpitaux*, n° 23, 19 mars 1938.)

« M^{me} Auz..., âgée de 42 ans, bonne à tout faire, accuse quelques excès de boisson (surtout de bière) on relève, dans ses antécédents, un épisode dépressif imprécis avec idées de suicide en 1929. En décembre 1935, la malade est hospitalisée pour néoplasme de l'utérus et traitée par la radiumthérapie. A partir de cette date, la malade a toujours été hospitalisée et, par conséquent, ne fut plus en mesure de suivre son penchant pour la boisson.

Dans les premiers jours d'avril 1937, une poussée de rhumatisme articulaire aigu se déclare, les arthralgies sont discrètes, mais les manifestations endocardiques, d'emblée, apparaissent dominantes et graves. Dans le même temps apparaissent des troubles mentaux légers où prédominent les idées de persécution et d'empoison-

nement, qui n'entraînent d'autres réactions qu'un refus de soins et de médications. L'accentuation rapide de cette opposition, jointe au développement d'un état confusionnel de type onirique, rend nécessaire le transfert dans un service d'isolement, vers le huitième jour de la maladie.

Le diagnostic de psychose polynévritique est alors porté, car la marche et la station debout sont impossibles et les réflexes tendineux paraissent abolis aux membres inférieurs.

Le syndrome confusionnel évolue vers un état de prostration diurne, avec exagération de l'onirisme nocturne. Aux souffles endocardiques du début, s'ajoutent, maintenant, des frottements péricardiques et des troubles du rythme, réalisant, malgré le traitement salicylé, une véritable pancardite.

Le 19 avril, l'internement dans un asile d'aliénés est décidé. Le 22 avril, la température s'élève à 39°. La malade prend, difficilement, de petites quantités de liquide; on note du subictère des conjonctives, du tremblement des extrémités, les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis, ceux des membres supérieurs conservés. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. L'atrophie des masses musculaires est nettement marquée aux membres inférieurs, mais la force musculaire paraît néanmoins assez bien conservée. La motilité des membres inférieurs, la malade étant allongée sur le lit paraît conservée, les sensibilités tactiles et douloureuses sont nettement émoussées, la sensibilité thermique est conservée de même que la sensibilité profonde. On ne note pas d'atteinte des nerfs craniens, non plus que de signes méningés. Le syndrome mental est fait de confusion, avec désor-

rientation temporelle et spatiale, amnésie de fixation, fausses reconnaissances spontanées et manifestations oniriques discrètes. On note l'absence complète de fabulation, même provoquée. La malade manifeste de vagues idées délirantes de persécution et d'empoisonnement, elle s'oppose aux soins médicaux et refuse, notamment, d'absorber une solution de salicylate. La matité cardiaque est considérablement augmentée, débordant à droite le bord sternal de trois travers de doigt. Les bruits du cœur sont sourds, très arythmiques, on note la présence d'un souffle systolique de la pointe, intense et rapeux, à propagation axillaire, et des frottements péricardiques variables dans le temps, mais fixés dans leur localisation. Le pouls est à 120, la tension artérielle ne dépasse pas 9-5 au Vaquez. L'urée sanguine est à 0,60, les réactions de Wassermann et Meinicke sont négatives. A partir de cette date, l'évolution mortelle vers le collapsus se fit en sept jours exactement. Celle-ci fut marquée, au point de vue mental, par l'accentuation progressive de l'obnubilation et de la prostration. Dès le 23 avril, la malade ne répondait plus aux questions. Le tableau était fait, en outre, de manifestations d'onirisme tranquille et de quelques fausses reconnaissances spontanées, l'opposition, de moins en moins consciente et active, s'atténue jusqu'à disparaître le 26. L'évolution de la paraplégie fut marquée, au contraire, par une variabilité assez singulière des réflexes tendineux, paraissant se modifier d'un jour à l'autre et même d'une heure à l'autre. Le 22 avril, les réflexes achilléens et rotuliens paraissent complètement abolis des deux côtés. Le 23 avril, vers 11 heures même constatation, vers 13 heures, on constate toujours l'abolition des rotuliens, mais la présence des deux achilléens est manifeste. Le 24 avril, vers 11 heures, les réflexes achil-

léens sont toujours nets et le réflexe rotulien droit peut seul être mis en évidence. Vers 13 heures, les rotuliens se montrent extrêmement affaiblis, sinon éteints, on ne constate aucune contraction du quadriceps droit et seulement une très légère contraction du quadriceps gauche. L'action du salicylate de soude, administré à la fois par voie intra-veineuse et par voie buccale, à la dose théorique de 14 gr. par jour, mais, pratiquement moindre, à cause de la difficulté de l'alimentation fut, en apparence, sans effet sur l'évolution des signes cardiaques et du syndrome mental. Certaines modifications des réflexes ont pu paraître consécutives à l'injection intra-veineuse de salicylate, mais sans pouvoir entraîner la conviction. La malade succombe le 26 avril, dans l'adynamie sans avoir présenté de symptômes nouveaux.

5°) - OBSERVATION DE BONNAMOUR et GAUTHIER. —
(*Lyon Médical*, n° 23, juin 1910, p. 1.153).

« G..., 49 ans, journalier, entré le 29 septembre 1908 pour des douleurs dans la jambe droite.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : pas d'enfant, sa femme n'a jamais eu de fausse-couches. Ethylisme surtout absinthisme; attaque de rhumatisme articulaire il y a dix ans, qui dura trois mois. Depuis dyspnée d'effort, pas de palpitation, n'a jamais eu d'œdème des jambes.

L'affection actuelle a débuté, il y a 3 jours, par des frissons, de la fièvre, des sueurs nocturnes, un malaise général et des douleurs dans la jambe droite prédominantes au niveau du genou.

Actuellement, le malade présente un état de confusion des idées assez marqué. Il répond lentement à tou-

tes les questions et de façon imprécise, ne se souvient pas.

A l'examen, au membre inférieur droit : douleur à la pression et mobilisation du genou, ni rougeur, ni gonflement. Les mouvements du bras gauche éveillent quelques douleurs au niveau de l'épaule.

Réflexes rotuliens normaux.

Réflexes plantaires en flexion très vifs, surtout à droite.

Réflexes oculaires normaux.

Tremblement accusé des doigts et des mains.

Ni Kernig, ni raideur de la nuque.

Aux poumons quelques râles sous-crépitanants à la base gauche.

Cœur : pointe mal localisable. A l'auscultation : souffle systolique, en jet de vapeur, à la pointe se propageant nettement vers l'aisselle. Pas de bruit anormal diastolique ou présystolique. Pas de dédoublement du deuxième bruit. Rien au foyer aortique. Le cœur est régulier. Pouls à 96, de tension moyenne.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal.

Rate non perçue.

Urines foncées contenant un gros disque d'albumine avec disque d'urate.

Température 37°5-38°4.

Le 1^{er} octobre; Depuis le 29 septembre, la température augmente (40°9) malgré le salicylate de soude (8 gr.); peau sèche, yeux injectés, pupilles paresseuses, pas de strabisme, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, aucun phénomène articulaire objectif. Le malade paraît en état de confusion mentale, marmonnant des paroles inintelligibles. Pas de douleur, ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Au cœur : souffle systolique vibrant propagé dans l'aisselle sans arythmie. Pouls plein et tendu.

Disque épais d'albumine dans les urines.

Le 4 octobre le malade, depuis la veille, dans un état de semi-coma sans phénomènes méningitiques nets, meurt après avoir présenté une hémiplegie droite flasque.

Autopsie : Au poumon droit : symphyse totale lâche, œdème, cicatrice de tuberculose au sommet.

Cœur : Au niveau de la grande valve mitrale : végétation polypiforme occupant tout le bord libre, formée de végétations multiples en forme de crêtes de coq ayant une hauteur de 1 cm. à 1 cm. et demi. Ces végétations sont blanchâtres, molles, friables, semblent récentes, elles sont recouvertes de caillots cruoriques faciles à détacher.

Reins : Lésions de néphrite infectieuse congestive.

Rate : volumineuse, recouverte de plaques peu étendues de périsplénite.

Articulations : un peu de pus dans l'épaule, et le genou.

Urètre : pus à la pression du canal contenant des gonocoques, de même que le pus des articulations.

Encéphale : Circonvolutions hyperémiées et saillantes surtout à gauche où les veines sont volumineuses et gorgées de sang. Léger œdème cérébral. Rien sur les coupes.

6°) - OBSERVATION DE HEAD. — « Etats mentaux liés aux maladies viscérales chez les individus sains d'esprit ». (*Brain*, 1901, p. 345.)

HEAD dans ce travail parle d'un homme intelligent, âgé de 36 ans, agent d'assurance, mort d'endocardite

infectieuse. Il ne se sentait pas épuisé et, à son entrée, ne présentait pas d'amaigrissement, sa température était à 102° Fahrenheit chaque soir tombant à la normale le matin. Il présentait un double murmure systolique, aortique et mitral. Les seuls troubles psychiques qu'il présenta, consistèrent en une diminution de l'attention et surtout affaiblissement de la mémoire de fixation, il oubliait ce qu'il lisait au fur et à mesure, se souvenait de son enfance, mais avait oublié ce qu'il avait vu dans la rue avant de revenir chez lui. Le moindre effort de mémoire le fatiguait beaucoup.

7°) - OBSERVATION DE MM. D. SHAW M. D., B. S. LAND.
— (*The Journal of mental Science* 1935, n° 31.)

Observation qui peut se résumer ainsi : Une jeune femme veuve, âgée de 28 ans, entrait, à Grayhingswell Hospital, comme malade volontaire. Jeune fille de tempérament gai, elle s'était mariée à 21 ans et peu de mois après avait perdu son mari. Plus récemment, elle paraissait quelque peu instable et émotive. Elle se livrait avec excès à ses divertissements et faisait facilement usage d'alcool. Dix-huit mois auparavant, elle eut une forte crise de rhumatisme avec endocardite.

La maladie actuelle a commencé, au dire de ses parents, six semaines environ avant son admission. On pensait qu'il s'agissait d'une poussée d'influenza, jointe à des ennuis domestiques. Elle devient peu à peu faible, triste et assoupie, se plaignant continuellement de maux de tête. Elle a beaucoup maigri. Elle présentait, en outre, de l'insomnie et de la constipation.

Plus récemment, les symptômes mentaux ont été en s'aggravant. En général, dans un état de confusion et d'assoupissement, elle devenait souvent émotive et lo-

quace dans la description de ses douleurs. Au moment de son admission, c'était une femme grande très mince, d'un teint couleur « café au lait », sa température était de 100°4; son pouls à 92. Elle semblait intoxiquée et deshydratée. Un rash purpurique diffus s'étendait sur le tronc et les membres avec prédominance sur les avant-bras. Elle toussait et on entendait des ronchus disséminés dans le poumon gauche. Au cœur, on entendait un souffle systolique de la pointe, se propageant en dehors à une faible distance. Le foie et la rate n'étaient pas palpables. Les urines contenaient de l'albumine. Il y avait une asymétrie faciale : le côté gauche était parétique et les muscles du côté droit, en particulier les orbiculaires des paupières, présentaient, de temps en temps, des spasmes irréguliers. La force musculaire des bras et des jambes était diminuée, les réflexes tendineux affaiblis. Il y avait une analgésie des portions distales des membres.

Au point de vue mental, elle semblait absente et triste et dans un état de confusion que dénotaient ses gestes et sa conversation. Toutes ses facultés psychiques étaient diminuées et elle ne se rendait pas compte de son état. Pendant l'évolution de la maladie, elle se montrait en général euphorique et d'un tempérament instable et émotif.

On pose le diagnostic d'endocardite septique.

La semaine suivante, l'état général était stationnaire. La température oscillait entre 99° et 103°. Dans un état d'asthénie marquée, elle avait souvent de l'incontinence d'urine et présentait de nouvelles poussées de rash purpurique. Elle se plaignait par moment de maux de tête. Son état de confusion mentale était très variable : par moments, elle paraissait à demi-stuporeuse et à d'autres elle était remuante, bavarde et émotive.

Onze jours après son admission, elle tombe soudain dans un état semi-comateux. On notait quelques spasmes des muscles de la face du côté droit. Les muscles étaient parétiques, les réflexes tendineux diminués et il y avait un signe de Babinski bilatéral.

Dans la même journée, elle reprit connaissance et elle se trouvait alors dans un état d'euphorie. Le lendemain il semblait y avoir une légère amélioration, mais dans la soirée, elle se plaignit d'une forte douleur occipitale et elle eut des nausées. Puis elle tomba dans le coma et mourut.

B. - TROUBLES MENTAUX

AU COURS DES ENDOCARDITES MALIGNES LENTES

Les troubles mentaux au cours des endocardites malignes lentes ont été plus étudiés, malgré les difficultés de diagnostic et la rareté des cas où les troubles mentaux sont assez marqués. C'est à Robert DEBRÉ que revient le mérite d'avoir isolé la forme psychique de la maladie d'Osler en 1919, au sujet du malade de C.-K. AUSTIN et d'un autre cas qu'il observa avec DENÉCHAU et PICARD.

Nous avons pu trouver, dans la littérature médicale, les observations ci-dessous :

1°) - OBSERVATION DE EBSTEIN : (*Deutsche Archiv für Klinische Medizin*, LXIII, 1899, in *Thèse LATOUR*, Paris, 1911-12).

M. X..., 65 ans.

Antécédents personnels : souffre depuis 15 ans, au dire de sa femme, de crampes nocturnes dans le bras droit, jointes à des pertes passagères de conscience.

27 juin 1886. : Ictus apoplectique qui ne laissa pour toute trace qu'une légère faiblesse de la jambe gauche.

De temps à autre, depuis cette époque, il y a des accidents spéciaux, caractérisés par une obnubilation et une perte de mémoire, qui durent 24 heures et qui disparaissent insensiblement sans que le malade garde le souvenir. Le 31 mai 1895, il eut un accident de cette nature suivi de vomissements abondants, de violentes coliques avec ictus léger, douleur à la pression de la région du foie, on pensa à des coliques hépatiques. A l'examen on ne décelait rien d'anormal au cœur, il se plaignait, cependant, de palpitations et l'on notait des intermittences au pouls. Les urines étaient rares et albumineuses. Jusqu'à la fin de février 1897, l'état général n'était pas trop mauvais. A cette époque, le malade sentit augmenter sa faiblesse et fut atteint d'influenza. L'examen pratiqué le 14 mars mit en évidence une splénomégalie. La température oscillait autour de 38°, le pouls battait à 100. L'appétit était diminué. Le malade se plaignait de crampes nocturnes. C'est, seulement dans les premiers jours du mois d'avril, que furent perçus, depuis le bord gauche du sternum jusqu'à la pointe, des souffles accompagnant le premier et le second bruit du cœur. Vers le milieu d'avril, des taches sanguines apparurent en même temps que des douleurs à la hanche gauche, puis, quatre semaines plus tard, à la hanche droite. Dans le courant du mois de juin, une hématurie se produit. Le 23 juin, autres taches sanguines à la pointe de la langue, puis, les poignets furent atteints de tremblement, avec anesthésie, pendant quelques jours. Les bruits du cœur ne se modifient pas, sauf le souffle systolique qui devenait particulièrement intense. Le 25 juin, se manifestent des

troubles de la parole. Le malade perdit connaissance et la mort survint le 27 juin.

Cette observation est, à notre connaissance, une des premières où l'on ait souligné les manifestations psychiques, au cours des endocardites.

2°) - OBSERVATION DE LECLERC, LESIEUR, MOURIQUAND (Résumée). — (*Lyon Médical*, 23 décembre 1906).

Marie G..., 26 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 1^{er} novembre 1905.

Antécédents : Rougeole à 7 ans, rhumatisme articulaire aigu à 18 ans.

Mariée à 18 ans. 4 enfants dont 3 bien portants et un mort de diarrhée infantile.

Elle fait débiter les accidents actuels à sa dernière couche, il y a 5 mois. La grossesse a été normale, elle n'a gardé le lit après l'accouchement que pendant trois jours. Depuis elle se plaint de douleurs abdominales, de maux de tête, de faiblesse générale. Elle a beaucoup maigri, ses règles ont disparu. Depuis deux mois, elle est tombée dans un état d'abattement et de parésie intellectuelle qui s'est beaucoup accentué depuis quinze jours. A son entrée à l'hôpital, elle se plaint de céphalée, de maux d'estomac et de faiblesse générale. La lumière la fatigue; elle voit double depuis quelques jours. Elle a eu quelques vomissements et elle tousse un peu, mais la température est de 36°6. Chez cette malade très amaigrie et très pâle, on remarque la lenteur de la parole et on constate une éruption purpurique sur le dos et les bras. L'examen du cœur montre un frémissement à la palpation et à l'auscultation, un gros souffle systolique de la pointe, à timbre râpeux, qui se propage vers l'aisselle et le bord gauche du sternum. Les vais-

seaux du cou sont animés de légers battements. Le poulx est petit, irrégulier, intermittent. Aux poumons on entend quelques râles aux bases. Comme signes nerveux, on trouve une atténuation des réflexes. Pendant les jours suivants on note une augmentation de volume du foie et de la rate. Les troubles psychiques : parole lente et parésie intellectuelle persistent. La courbe thermique présente des oscillations très irrégulières de 37 à 38, parfois 39°.

Elle meurt très rapidement dans la nuit du 29 au 30 novembre. Quelques jours avant sa mort, elle avait le cou raide. L'examen du sang montrait une anémie avec leucocytose. L'hémoculture a décelé la présence d'un microbe que l'on identifia comme méningocoque de Weichselbaum. A l'autopsie, on a trouvé quelques taches hémorragiques ou fibrino-purulentes dans l'épaisseur de la pie-mère à la surface inférieure et supérieure des hémisphères. De plus, il y a un ramollissement cortical à la partie antérieure du lobe sphénoïdal.

3°) - OBSERVATION DE WINKELMAN ET ECKEL. — « Le cerveau dans l'endocardite infectieuse » (*Archives of Neurology and Psychiatry*, juin 1930).

Une femme, âgée de 34 ans, entrain à l'hôpital le 1^{er} septembre 1928. Elle était malade depuis 5 mois et demi. La maladie avait commencé par un syndrome d'indigestion; plus tard, elle présenta une confusion mentale et eut des hallucinations visuelles. Il y avait du liquide dans le côté droit de la poitrine. Au cours de la maladie, les signes physiques d'endocardite se développèrent, bien qu'une hémoculture donnât des résultats négatifs. La malade s'affaiblit progressivement et elle mourut le 4 décembre 1928. A l'autopsie il y

avait des foyers de ramollissement incomplet et on trouvait de vieilles lésions emboliques à l'intérieur des vaisseaux.

4°) - OBSERVATION DE BORREMANS et VAN BOGAERT (*Journal Belge de Neurologie et Psychiatrie*, n° 33, de 1933).

La malade est une jeune fille de 15 ans, dont le père est alcoolique. A l'âge de 1 an et demi, elle a présenté des convulsions à l'occasion d'un abcès périamygdalien.

De caractère assez taciturne et parlant peu.

En décembre 1930, elle présente de la fièvre avec céphalée, courbature, fatigue généralisée et inappétence pendant deux jours. Peu après, elle ressent un engourdissement du membre supérieur gauche, bientôt accompagné de quelques douleurs lancinantes et de faiblesse musculaire.

Hospitalisée 9 jours après, à l'examen, on trouve une hémiparésie gauche très nette, avec exagération de tous les réflexes ostéo-périostés et tendineux, abolition des réflexes abdominaux, signe de Babinski, automatisme médullaire, mydriase de la paupière gauche, abolition du réflexe cornéen gauche, hypoesthésie faciale pour la température et la douleur...

La ponction lombaire donne un liquide clair contenant 0 gr. 30 d'albumine et 14 lymphocytes, Wassermann négatif. On note une légère leucocytose sanguine (10.400 globules blancs). Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le premier ton du cœur, au foyer mitral, est impur. La tension artérielle est à 12,1/2-9, le pouls à 82. La température oscille autour de 36°3, mais elle atteint à trois reprises 35°6 pendant la dernière semaine, elle

remonte un peu sans dépasser toutefois 37°6, sauf, pendant les deux derniers jours, où elle atteint 40°

Au point de vue psychique, la malade est plus excitée que de coutume et elle présente de temps à autre un accès de fou rire contrastant avec sa manière d'être habituelle. L'hémi-parésie s'accroît de plus en plus, le 15 janvier l'hémiplégie est complète, toute mobilité est abolie du côté gauche et l'hémiplégie reste flasque. Les réflexes sont toujours exagérés, il y a clonus de la rotule avec trépidation épileptique du membre et clonus du pied. L'hémi-anesthésie est presque complète à tous les modes. Le 21 janvier, cet état se modifie rapidement; la surexcitation fait place à la torpeur, d'abord à peine marquée puis plus nette. La malade ne parle plus et a des accès brusques de larmes. C'est à partir de ce moment qu'elle se plaint pour la première fois de céphalée, qu'elle localise au front et à l'occiput, de douleurs térébrantes dans la région de l'oreille droite (sans manifestations objectives). On note également des perturbations vasomotrices à variation rapide. Brusquement, la face devient vultueuse en totalité, à d'autres l'injection de la face se limite à l'hémiface gauche. Il existe une différence d'un demi degré entre la température des deux côtés. La malade refuse de s'alimenter et présente, plusieurs fois par jour, des vomissements bilieux sans le moindre effort.

Le 27 janvier, au matin, survient une crise épileptiforme généralisée, suivie de coma. La température atteint 40°, la face reste cyanosée, il se produit de l'incontinence d'urine.

Le 28, elle reprend connaissance et répond correctement aux questions; la respiration devient difficile et stertoreuse et la malade meurt à midi.

A l'autopsie on trouve : un gros foyer de ramollissement hémorragique dans la capsule interne, droite, débordant dans la substance blanche du centre ovale, la couche optique est touchée à son pôle inférieur et le foyer atteint la circonvolution de l'hippocampe. En réalité, ce foyer est une tumeur : un gliome, très cellulaire dans lequel abondent les foyers de nécrose et des hémorragies... Le processus encéphalitique, lui-même, comporte une réaction périvasculaire très vive; des lésions cellulaires subaiguës avec neuronophagie; des nodules gliaux disséminés; une infiltration méningée lympho-plasmocytaire, au niveau du cortex cérébral et cérébelleux. En somme, association d'un glioblastome multiforme et d'une méningo-encéphalite diffuse, celle-ci plus récente présentant des signes d'évolution. On n'a pas vérifié l'état de l'endocarde, mais, par son caractère diffus, par les participations méningées, la présence de rosettes gliales si caractéristiques, le tableau histologique rappelle celui d'une septicémie à streptocoque, en particulier, rappelle les lésions de la maladie d'Osler.

5°) - OBSERVATION DE A. LEMIERRE ET AUGIER. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 20, 9 mars 1932.)

R... Gustave, 51 ans, garçon de bureau, est admis à l'hôpital Bichat, le 13 avril 1931, à la suite d'un ictus. Il est fébrile (38°2) et plongé dans un état de profonde torpeur. L'interne de garde guidé par la constatation d'une certaine raideur de la nuque pratique une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est limpide. Il contient 0 gr. 30 d'albumine par litre, 9 éléments cellulaires par millimètre cube. La réaction de Wassermann fut négative. Le malade est suffisamment éveillé, le lendemain, pour pouvoir mettre en évidence son

aphasie. Il est incapable d'obéir à des ordres un peu compliqués, ni de nommer correctement les objets usuels, qu'on lui présente. Aucun autre signe neurologique.

En quelques jours, l'aphasie s'améliore. Il comprend les ordres parlés et écrits, retrouve le nom de la plupart des objets. Mais il conserve de gros troubles de la mémoire portant essentiellement sur les faits anciens. Il est encore désorienté dans le temps.

Quatre mois auparavant, il a eu un premier ictus, au cours de son travail, et depuis il souffre de céphalée tenace, occipitale, procédant par crises très violentes, avec des intervalles de rémission complète. Il se plaint aussi de douleurs angineuses, assez typiques. A la suite d'un effort durant son sommeil, il ressent une douleur thoracique intense et constrictive, irradiant aux épaules. Parfois l'irradiation scapulaire est prédominante.

Dans son passé, on relève deux faits notables : une crise de rhumatisme articulaire aigu, traitée par le salicylate et une affection gastrique très probablement ulcéreuse.

Dès l'abord, on est frappé par la pâleur extrême et l'émaciation très marquée de ce sujet (nombre de globules rouges 1.400.000 — poids 42 kgs). L'examen du système nerveux reste négatif, en dehors d'un état psychique très particulier, caractérisé par des troubles de la mémoire qui vont en s'améliorant rapidement, par une euphorie peu en rapport avec son état misérable et par une tendance à acquiescer, de façon puérile, par le ton et la mimique, aux questions qu'on lui pose, ou aux réflexions échangées devant lui.

Par ailleurs, le jugement, l'attention, l'affectivité du

sujet semblent proportionnés à l'affaiblissement global intellectuel et somatique de ce malade très cachectisé.

L'auscultation du cœur révèle un souffle systolique mitral de timbre piaulant, variable, se propageant dans l'aisselle. Le souffle est assez intense pour s'accompagner d'un frémissement cataire systolique à la pointe; pouls à 88, tension artérielle 8-5 (Vaquez). Le foie paraît normal. La rate n'est ni palpable, ni percutable. Une atteinte rénale discrète est révélée par la présence d'albumine dans les urines, de quelques leucocytes sans hématies ni cylindres dans le culot urinaire et par l'élévation à 0,76 de l'urée sanguine. Dès ce moment, le diagnostic d'endocardite maligne subaiguë, à manifestations emboliques, cérébrales en particulier, est posé. Il est confirmé par des hémocultures successives et nous tenons à souligner la facilité et l'abondance des cultures, le germe en cause fut le streptocoque hémolytique.

L'évolution vers la mort se fit en deux mois environ, du 13 avril au 10 juin 1931. La cachexie et l'amaigrissement du malade progressèrent, la fièvre persista irrégulière, ne dépassant pas 38°5, avec un stade d'hypothermie finale à 36°8, puis 36° pendant les 48 dernières heures. Cette hypothermie s'était développée parallèlement à une élévation du taux de l'urée à 2 gr. 16. L'état psychique se modifia par l'apparition d'une torpeur et d'une indifférence progressives; cependant un état d'anxiété avec crainte de la mort fit place à l'euphorie, durant les derniers jours de la maladie.

On ne constata pas de phénomènes moteurs à l'exception d'une parésie faciale droite, qui se montra de façon transitoire du 27 mai au 30 juin. On ne trouva jamais de modifications des réflexes cutanés et tendineux des membres.

L'atteinte rénale, manifeste dès le début, se confirme par la suite : les examens du culot urinaire montrèrent des globules rouges et des leucocytes polynucléaires, sans cylindre à partir du 21 mai. Les dosages d'urée donnèrent les chiffres suivants : 15 avril : 0,76, 17 mai : 0,52, 29 mai : 0,64, 10 juin : 2,16.

Des œdèmes malléolaires discrets apparurent le 2 juin et persistèrent jusqu'au moment de la mort, ainsi qu'une éruption de taches purpuriques envahissant les cuisses et l'abdomen. Pendant les derniers jours, le malade présenta un état de torpeur progressif, entrecoupé de crises d'anxiété.

L'autopsie révèle :

— *Cœur* : volume normal, à la face supérieure des deux valves mitrales, existe une grosse touffe de végétations molles blanchâtres.

— Agénésie de la rate expliquant le fait qu'au cours de l'évolution on n'ait jamais trouvé de splénomégalie.

— *Encéphale* : l'hémisphère gauche augmenté de volume, de consistance différente, paraît être le siège d'un abcès revêtu d'une coque de substance corticale occupant presque tout le lobe frontal et entamant en arrière les lobes temporal et pariétal.

Reins : 150 gr. chaque, d'aspect bigarré, se décortiquent bien. A la surface de l'un se voit de petits nodules crétacés. En plein parenchyme de l'autre, existe une cavité bordée par une zone jaunâtre, qui semble être une petite caverne tuberculeuse.

6°) - OBSERVATION PERSONNELLE. — Observation d'une malade dont nous avons suivi l'évolution dans le service du Docteur CHATAGNON et qui a fait l'objet

d'une publication dans les *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1939.

M^{me} Bo... Angèle, née en avril 1878, a été élevée dans sa famille en compagnie d'une sœur et de deux frères, fréquentant très irrégulièrement l'école, par paresse, ses acquisitions didactiques sont rudimentaires, elle sait cependant lire, écrire et compter, mais n'obtient aucun diplôme, en raison de sa difficulté d'application au travail; et puis, n'avait-elle pas, en elle, des dons particuliers qui valaient plus que tout enseignement. C'est ce que nous allons voir.

La débilité mentale, patente dès l'enfance, se traduit essentiellement, par une suggestibilité, une approbativité, une crédulité très grandes, les propos sont puérils, tout événement s'entoure de mystère, la satisfaction de soi est immense. Mme Bo... pense avoir un don personnel de puissance et d'action, elle devient cartomancienne, prédisant et dictant l'avenir. Cette puérilité naïve et entêtée, qui constitue le fond de la nature mentale de Mme Bo..., nous la retrouverons ultérieurement dans les caractères de son délire. Ajoutons pour compléter le tableau de fonds, une vive sensualité, avec sensiblerie. Elle se marie, une première fois vers 20 ans, avec M. S..., lequel divorce, quatorze ans plus tard, en 1912, vraisemblablement en raison des écarts d'humeur et du caractère entier, autoritaire et violent de sa femme, laquelle se livrait, avec une amie, à la cartomancie. Elle se remarie en 1913 avec M. B..., fait bon ménage, s'occupant uniquement de son intérieur, jusqu'en septembre 1936, période de début des troubles qui auraient été « très longs à se déclarer », commençant par la méchanceté à l'égard de son mari. Après les critiques, les menaces, puis les coups, « elle envoie la vaisselle

à la figure de son mari et lui jette un verre qui lui sectionne l'arcade sourcilière ». Inaccessible au raisonnement et la frayeur aidant, le mari quitte durant quatre mois le domicile conjugal. Seule, vivant en compagnie de trois chats, elle fait une tentative de suicide en absorbant de vieilles pilules de strychnine, qu'elle possédait depuis longtemps, mais ses chats, dit-elle, la ranimèrent. Les voisins, apeurés par les propos de Mme B... rappellent son mari; elle est heureuse de le recevoir; c'est lui qui conduira sa femme à l'hôpital, où elle nous arrive.

Nous constatons des phénomènes d'automatisme mental, avec sensation de possession de ses pensées par ses voisins, qui voyaient tout ce qui se passait chez elle à l'aide de la télévision. Nous constatons, en outre, du mentisme. « Je lis..., eh bien, ma pensée est ailleurs... j'aime pas causer, quand je cause, je parle, je pense de trop ». Pour lutter contre « le mal qu'elle voit partout » et qui l'envahit, Mme Bo... boit régulièrement du pernod, puis plus tard un litre de rhum tous les cinq jours, en même temps qu'elle fume deux paquets de tabac bleu par semaine. Le délire de persécution et de jalousie va se teinter d'un onirisme coloré : « elle voyait des personnes qui venaient pour la tuer, la déboyaüter, lui donner des coups », percevait des voix injurieuses et menaçantes et passait des journées entières en fixant le pavillon de son appareil de T. S. F. La nuit, elle avait des cauchemars atroces, s'accompagnant d'anxiété vive et de crainte de la mort : « Toutes les nuits d'hiver, j'ouvrais ma porte, je disais : entrez, je ne crains pas les révolvers ».

Les interprétations sont constantes, elle donne un sens aux hallucinations-illusions : ses persécuteurs lui

parlent par la voix des ondes, un jour où elle cuisait trois harengs, ils lui disent en rigolant... « Oh! trois harengs... il y en a un pour moi... oui que je leur ai dit venez donc... c'est la maison du peuple, un peu plus bas que chez moi, qui faisait tout ça... ils m'envoyaient des poudres, de la neige blanche et noire, ça faisait des taches noires, vertes et jaunes sur l'oreiller... » Elle recevait comme des coups de poignard, ou des élanchements dans le corps et puis, ils faisaient aussi des attouchements « il n'y a pas de traces, mais ça donne la même sensation, moi je leur rendais aussi... ». On retrouve là, dans la traduction de la réaction de défense aux troubles cénesthésiques et aux idées délirantes, le pouvoir d'action extérieure que possède Mme Bo... dès son enfance « ... moi je leur rends aussi : partout où l'on se touche, ça leur fait (la même chose) soit à la tête, soit au corps ou aux membres. On prend un couteau, on pense à la figure de la personne, on lance le couteau et ils sentent l'attouchement ».

Outre les hallucinations génitales dont elle se protégeait en se plaçant dans un lit tout en fer, on note quelques vagues troubles sensoriels gustatifs et olfactifs.

Examen physique : obésité.

Système nerveux : rien d'anormal, Babinski en flexion.

Organes des sens : œil, strabisme interne (binoculaire), pupilles égales, réflexes à la lumière et à l'accommodation normaux.

Ouïe : surdité bilatérale (otosclérose).

Tube digestif : état saburral de la langue. Constipation.

Foie : le bord inférieur est dur et nettement perçu le long du rebord costal, mais l'aire de percussion n'est pas augmentée.

Rate non palpable, aire de percussion normale.

Appareil respiratoire : respiration courte, anhélation fréquente, crises dyspnéiques de type asthmatiforme. Rudesse respiratoire plus marquée aux hiles pulmonaires. Pas de bruits surajoutés.

Cœur et vaisseaux : pouls 82 régulier bien frappé. Tension artérielle 18-9 1/2, le siège de la pointe est impossible à préciser en raison de l'obésité. Augmentation de l'aire de matité précordiale, souffle systolique perçu à la région mésocardiaque, mais plus intense à la pointe, rude, piaulant, se propageant un peu vers l'aisselle. Ce souffle conserve ses caractères d'un jour à d'autre.

Examen de laboratoire : urines : diurèse normale, ni sucre, ni albumine, ni acétone.

Sang : Urée 0,30 o/oo, 0,42 o/oo, 0,38 o/oo, B. W. et Kahn négatifs, formules leucocytaires normales, il n'est pas pratiqué d'hémoculture. Courbe de poids oscille autour de 72 kgs avec chute de poids à 67 et 66 kilogs en juillet et décembre 1937, en raison de l'exacerbation du délire et des troubles psycho-sensoriels entraînant une limitation de l'alimentation. Chute progressive d'août à octobre 1938 pour les mêmes raisons et l'aggravation des signes cardiaques.

Examen radioscopique : gros cœur gauche avec saillie de l'oreillette droite. (Radiographie impossible à prendre en raison de l'opposition et de l'agitation de la malade).

Electrocardiogramme 11 octobre 1938, arythmie complète, absence de l'onde P, ondes anisochromes et d'am-

plitude différente surtout en D₂; 24 octobre 1938, arythmie complète, mêmes caractères du tracé, inégalité du rythme et de l'amplitude des complexes.

Liquide pleural : sérofibrineux 82 % lymphocytes, 17 mononucléaires, très rares polynucléaires et cellules endothéliales, 1 % de globules rouges; en conclusion, lymphocytose prédominante avec quelques cellules endothéliales.

Tel est l'ensemble symptomatique que nous constatons lors de l'entrée de la malade à Maison-Blanche.

Le délire de persécution, quoique systématisé, a des commandes multiples : c'est d'abord une bande qui sévit dans son quartier, dans la Maison du Peuple, puis les cartomanciennes, ses concurrentes, puis, enfin, son premier mari « qui l'a faite venir ici pour lui montrer comment c'était », mais fait intéressant : les sensations anormales perçues comme des coups de poignards, des élancements douloureux dans le thorax, l'abdomen, la face ou les membres sont intégrées dans le délire et interprétées comme les actions à distance, pouvoir merveilleux de la cartomancie.

Il nous a été donné d'assister à l'évolution des troubles du 1^{er} mai 1937, au 29 octobre 1938, date du décès. Rappelons que Mme Bo..., durant l'été 1936, alors qu'elle « était accoudée à sa fenêtre, en plein soleil, se sent brusquement engourdie dans le bras gauche, elle se lève, va prendre du café et du rhum et ça lui passe... c'est S... (son premier mari) qui lui fait cela, je l'ai entendu parler en même temps ». De fait, elle accuse, à son entrée, un peu de difficulté à l'action dans la jambe et le bras... c'est qu'on lui fait des maléfices. (Nous verrons, en réalité, à quoi étaient dues ces manifestations).

Evolution : Le délire conserve ses caractères. L'oni-risme disparaît avec le sevrage absolu d'alcool, en même temps qu'affleure le fonds mental spécial de débilité euphorique et de sensualité paresseuse de Mme B... Cependant, l'irritabilité et l'impulsivité sont aisément déclenchées par la cause la plus futile allant jusqu'aux voies de fait, coups de poings, strangulation. Les réactions dépressives et anxieuses sont moins intenses et les idées de suicide très espacées, ne se manifestant que lorsque des sensations de fluides, ou de chocs, ou d'attouchements sont trop continues.

Brusquement, le 13 juillet 1937, la malade à la suite d'un ictus, s'effondre, aussitôt après un bain. La perte de connaissance dure quelques secondes, elle accuse de l'engourdissement du membre supérieur gauche. Il n'y a pas de modifications des indices oscillographiques, par rapport au membre supérieur droit, non plus que de la tension artérielle, par contre les réflexes tricipital et cubital sont plus vifs qu'à droite. Le réflexe cutané plantaire s'effectue en flexion des deux côtés. Il y a une parésie du VII à gauche. Le dynamomètre donne 64 à gauche contre 98 à droite. Les troubles mentaux ne se modifient pas. L'évolution se fait sans fièvre; histoire sans lendemain. Le 7 octobre 1938, une poussée active du délire, avec agitation motrice et turbulence continues, accompagne ce que nous prenons pour une défaillance du cœur gauche avec emphysème pulmonaire et dyspnée cardiaque. Mme Bo..., les lèvres cyanosées, les extrémités refroidies est assise dans son lit, en proie à une agitation continue, très anhéante, la dyspnée est surtout expiratoire mais ne s'accompagne pas d'expectoration. Le cœur bat tumultueusement à 120 à la minute. Le souffle systolique à la pointe conserve les

mêmes caractères. Le thorax est sonore sur toute la plage pulmonaire. La respiration est soufflante aux hiles avec rudesse du murmure vésiculaire sans signes surajoutés. L'expiration est prolongée. Le murmure est perçu jusqu'aux bases.

Le 8 octobre 1938 : mêmes signes physiques, mais en plus insomnie et interprétations délirantes de sensations perçues : on lui met un soufflet qui l'empêche de respirer; elle souffre du côté droit, c'est la surveillante qui lui a donné un coup. Tout cela c'est des maléfices indiens et de la bouzille... »

Le 9 octobre, diminution des vibrations et légère submatité à la base gauche avec atténuation du murmure vésiculaire, mais il n'y a ni souffle, ni pectoriloquie aphone; signes cardiaques sans changement. Le pouls bat à 90 à la minute.

Le 11 octobre : 24 heures de fièvre à 38°, dyspnée asthmatiforme. Râles bronchiques diffus sur fond d'emphysème pulmonaire. Epanchement citrin de la grande cavité gauche, s'étendant sur quatre travers de doigt au niveau de la ligne axillaire. Il n'y a pas d'assourdissement des bruits du cœur et le souffle systolique conserve les mêmes caractères.

Les 13 et 14 octobre, apyrexie, amélioration et sédation de la dyspnée et de la cyanose sous l'influence de la thérapeutique : malade traitée comme une dyspnée cardiaque (ponction pleurale et tonicardiaques). Le délire est calme et euphorique. Au niveau du cœur : bruits bien frappés à 82, souffle sans changement, pas de signes d'épanchement péricardique. Au niveau de la plèvre, l'épanchement s'est en partie résorbé, mais persiste. L'amélioration est de peu de durée, l'évolution se fait progressivement dans un tableau de dyspnée asth-

matiforme, avec cyanose, précédant le coma et l'excitus le 29 octobre 1938.

Antécédents : Une sœur également atteinte de troubles mentaux, décédée à 45 ans; deux frères présentant de la surdité, l'un ayant en outre une cécité totale.

Autopsie (30 octobre 1938).

Obésité.

Thorax. — Epanchement de liquide citrin dans la grande cavité pleurale gauche. Pas de symphyse pleurale.

POUMONS : *gauche* : Sclérose avec emphysème surtout marqué au niveau des languettes. Cicatrice étoilée à l'apex sans symphyse pleurale.

Sur toute la surface pulmonaire (lobes supérieur et inférieur) présence de petits nodules arrondis faisant saillie sous la plèvre viscérale, de volume variable, allant d'un grain de mil à une pièce de cinquante centimes. Tachetant le poumon.

A certains endroits, apparence d'infiltration miliaire. A la coupe, ces nodules sont fermes, blanchâtres, parfois lardacés. Ils alternent avec des plages blanchâtres, dures à la coupe et de dimensions d'une pièce de dix francs. Au niveau du hile, volumineuses masses blanchâtres ressemblant à des ganglions mais ayant l'aspect et la consistance des nodules et des masses de même caractère au niveau du poumon.

Droit : Mêmes caractères. L'emphysème est surtout marqué au lobe moyen. Les bronches sont béantes et sclérosées. Les vaisseaux pulmonaires béants à la coupe.

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : Le cœur est énorme, le péricarde distendu mais non adhérent laisse s'écouler à la coupe 60 cc. de liquide citrin, il se continue par un pédicule vasculaire normal. Epicarde : aspect glacé.

Dilatation des oreillettes surtout de la droite. Dilatation et hypertrophie des ventricules, surtout du gauche : le myocarde a une épaisseur de 3 à 4 cm., est ferme à la coupe. Les trajets coronaires sont libres.

Endocarde : Au niveau de la valvule mitrale : aspect normal des valves, sur un bord libre des faces auriculaires : volumineuse masse bourgeonnante, friable, en forme de chou-fleur.

Sur la valvule postérieure de l'orifice aortique, endocardite végétante du volume d'un grain de mil et très friable également.

Sur l'endocarde auriculaire droit : volumineux thrombus organisé en battant de cloche, long de près de 1 cm.

Orifice tricuspidien : normal.

Aorte : Crosse souple. Quelques plaques d'athérome. Les orifices coronariens sont béants.

Athérome plus marqué sur toute l'étendue de l'aorte thoracique et abdominale avec maximum crétacé comme de règle au niveau de la bifurcation iliaque.

Veines azygos, canal thoracique : normaux.

Abdomen : Paroi très adipeuse.

Rétractions épiploïques avec adhérences pariétales. Infiltration œdémateuse et gélatiniforme du tissu graisseux. Péritoine : adhérences et brides pariétales (flancs droit et gauche) et utérine.

Voies biliaires : Vésicule dilatée. Pas de calculs.

Canal cholédoque : libre, pas de calculs.

Foie : poids 1.535 gr. Epaissement lardacé de la capsule. Dur à la coupe. Aspect cirrhotique et légèrement congestif (congestion par stase).

Rate : 160 gr. Périsplénite. Consistance ferme à la coupe. La pulpe présente un aspect homogène rouge sombre.

Pancréas : aspect et volume normaux.

Estomac : Normal. Pylore et cardia libres.

Intestins : Congestion du grêle.

Capsules surrénales : Normale à droite. Volumineuse à gauche. Lésions de cadavérisation. A la coupe, à gauche : nodule résistant et blanchâtre, du volume d'un petit pois comparable à ceux observés au niveau du poumon et situé au niveau de la zone médullaire.

Reins : gauche : volume normal. Hile fortement échancré.

A la coupe : kystes multiloculaires au niveau du pôle supérieur. Congestion avec atrophie de la corticale.

Droit : Volume normal. Quelques adhérences capsulaires.

Cicatrice étoilée à la partie moyenne.

A la coupe : un nodule d'aspect blanchâtre et de consistance ferme dans la zone corticale.

Uretères : normaux. Vessie : dilatée mais musculature normale.

Utérus : atrophié. Petit.

CRANE : Os durs et épais.

Encéphale : Adhérences de la dure-mère au périoste frontal.

Congestion des vaisseaux corticaux.

Aspect macroscopique normal des hémisphères. (Pas d'affaissement des circonvolutions).

Aspect macroscopique normal : de la protubérance, du bulbe, du cervelet.

Examen histologique :

Poumons : Epithélioma atypique. Les cellules forment des îlots irréguliers de cellules cubiques ne conservant que très grossièrement la morphologie épithéliale, à certains endroits cependant les travées épithéliomateuses revêtent une architecture glandulaire.

Foie : Cirrhose. Le parenchyme hépatique est entouré d'une bande conjonctive plus ou moins épaisse avec augmentation des vaisseaux.

Rate : Aspect sensiblement normal : Les sinus ne sont pas dilatés, leur revêtement endothélial est normal; ils renferment des globules rouges avec quelques polynucléaires, mais il n'y a pas de cellules inflammatoires (éléments macrophagiques et plasmocytes) pouvant permettre de penser à une splénite subaiguë. On n'observe pas d'épaississement des trabécules et les corpuscules de Malpighi ne sont pas atrophiques.

Surrénales : Structure normale de la corticale et de la médullaire : dans cette dernière, inclusion de travées épithéliomateuses revêtant une architecture glandulaire ressemblant aux cellules d'aspect cubique rencontrées dans le poumon.

CONCLUSION DE L'EXAMEN ANATOMIQUE :

Hypertrophie du cœur. Endocardite végétante mitro-aortique.

Cancer primitif du poumon à localisation médiastino et pleuro-pulmonaire, compliqué d'épanchement de la grande cavité pleurale gauche, et de métastases viscérales : surtout au niveau des glandes surrénales. Athérome des gros troncs artériels et des vaisseaux de l'encéphale.

C. - TROUBLES MENTAUX AU COURS DES ENDOCARDITES AIGUES

Nous plaçant uniquement sur le terrain clinique, nous envisagerons les troubles mentaux des endocardites aiguës représentées, typiquement par les manifestations psychiques du rhumatisme articulaire aigu. La première loi de Bouillaud nous enseignant que dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite est la règle, la non-coïncidence l'exception, on conçoit que les descriptions classiques du rhumatisme cérébral se rencontrent surtout en synergie étroite avec l'endocardite rhumatismale. Rappelons que les complications endocarditiques d'une infection rhumatismale peuvent ne pas s'accompagner chez l'enfant d'un tableau de pyrexie aiguë, mais qu'elles n'en grèveront pas moins l'avenir du sujet, la localisation endocarditique pouvant être dans l'avenir un point d'appel à des infections secondaires et donner lieu à ces remaniements infectieux de l'endocarde dont nous avons rapporté quelques beaux exemples dans les paragraphes précédents.

Les psychopathies, conséquence ou complication de l'endocardite, de la chorée, des infections, de la scarlatine, de la typhoïde, de l'érysipèle, de la variole, de la blennorrhagie, pour ne citer que les pyrexies au cours desquelles l'endocardite se développe électivement ne diffèrent pas sensiblement a priori, de celles du rhumatisme articulaire aigu. Rappelons d'abord

les faits établis que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale.

1°) - OBSERVATION DE JOFFÉ. (*Thèse Paris*, 1907-1908).

Emile Cond..., 20 ans, alcoolique, quelques angoisses après une morsure de chien, père mort de congestion cérébrale, mère : paralysie. Grand-père : paralysie.

Le 1^{er} février le malade ressent des douleurs dans l'épaule et le coude droits.

Le 10 février à l'examen on trouve : un gonflement léger et douloureux du genou droit avec choc rotulien. Les autres articulations n'ont rien. Amygdale gauche légèrement rouge et saillante. Au cœur, assourdissement des bruits surtout du premier à la pointe, prolongement du premier, retentissement du deuxième.

On est frappé par l'inquiétude accusée par le malade à l'approche du médecin. Quand on veut le découvrir, il se défend mais il répond à toutes les questions.

14 février : Cœur sensation de frottement sous l'oreille un peu au-dessus et en-dedans de la pointe. A la pointe, léger souffle systolique, retentissement du deuxième bruit. Il semble que l'on a un bruit surajouté post-systolique donnant un rythme à trois temps.

Le malade semble agité, prononce des paroles incohérentes, comprend difficilement ce qu'on lui dit. La température remonte à 39°2 le soir.

15 février, l'état général semble se modifier, langue sèche, agitation plus grande, température à 38°6. Anesthésie presque complète aux membres inférieurs et supérieurs à la piqure, avec conservation de la sensibilité au contact et de la sensibilité thermique. Rotuliens et achilléens un peu exagérés, avec ébauche de trépidation,

dans la nuit le malade délire, prononce des phrases inintelligibles.

16 février, hallucinations visuelles et auditives, délire, il dit avoir assassiné plusieurs membres de sa famille, la température est à 38°5-39°.

17 février, analgésie complète sauf pour le contact; réactions vaso-motrices très marquées; pouls à 128, au cœur mêmes signes, pas de raideur de la nuque, ni Kernig, pas d'albuminurie, température à 40°.

18 février, température à 39°2-39°7, même état mental, refuse son lait, craignant qu'on y ait mis du poison, perd ses matières et ses urines. Etat de démence. Au cœur, premier bruit assourdi, souffle systolique, respiration régulière. Un peu de raideur des membres inférieurs. A l'hémoculture, entérocoque.

20 février, herpès lèvre inférieure, frayeurs subites dans la journée.

21 février, raideur des membres, température entre 39 et 40°, raie méningitique, hyperesthésie cutanée, obnubilation, craintes, frayeurs subites qui le font crier et pleurer, il crie au voleur, se plaint, dit qu'on le martyrise, en somme délire de persécution. Erythème au niveau des genoux et des coudes, apparition de furoncles..

27 février au 8 mars, le malade reste confus, ne s'oriente pas. Au cœur le prolongement du premier bruit persiste.

9 mars, légère poussée articulaire qui disparaît le 14. A partir du 26 mars, l'état général et l'état mental s'améliorent progressivement, le malade redevient normal le 9 avril environ.

2°) - OBSERVATION DE JOFFÉ (*Résumée*). — (*Thèse Paris, 1907-1908*).

Jeune homme 22 ans, de caractère taciturne, recherchant la solitude, pas d'alcoolisme. Première attaque de rhumatisme articulaire 4 ans auparavant.

Début de la maladie actuelle vers le début d'avril 1898, articulations douloureuses (toutes), pas très gonflées.

Au cœur, un souffle d'insuffisance mitrale.

Température à 37°4.

Le 8 mai, on note au cœur une sorte de pialement, de sifflement au niveau de l'orifice mitral. Le soir même, le malade est pris brusquement d'une agitation extrême, saute de son lit et s'élance vers la fenêtre. Cet état persiste jusqu'au 11 mai, avec température normale. Le 11 mai, il est un peu plus calme, l'agitation a été suivie d'une sorte de stupeur et de confusion mentale, le malade a des yeux fixes, pousse de profonds soupirs, a de l'inquiétude dans le regard, paraît angoissé, refuse de boire croyant qu'on veut l'empoisonner, pas de fièvre, pouls à 120; le 12 mai, nouvelle grande agitation, il ne veut rien prendre disant que ses camarades urinent dans son pot, le soir température à 38°1. Du 12 au 25 mai, le malade a passé par des alternatives d'agitation et de dépression mélancolique; on s'est vu obligé à plusieurs reprises d'employer la camisole. Insomnie complète, continuel état d'inquiétude. Il est très malheureux et se croit mort, il perd ses urines, tous ces phénomènes se sont déroulés sans fièvre. Le 25 mai, il va mieux, répond mieux aux questions, mange seul, mais garde toujours un certain degré de lypémanie et de vagues idées de persécution. Le 6 juin, renvoyé dans

sa famille, reste longtemps pensif, confus sans pouvoir se livrer à aucun travail.

3°) - OBSERVATION DE JOFFÉ. — (*Thèse Paris, 1907-1908.*)

Baptiste Bl..., 33 ans, ouvrier électricien, alcoolique, n'ayant rien de spécial dans ses antécédents à part son alcoolisme, est pris le 20 novembre 1907 d'une crise de rhumatisme articulaire aigu; entré à l'hôpital le 10 décembre, l'examen montre des douleurs : à droite, dans l'articulation du genou et l'articulation tibiotarsienne; à gauche, au niveau de l'épaule et du genou. Pas de gonflement notable, ni rougeur, ni hydarthrose. Pas de trace de gonflement du corps thyroïde.

Au cœur, rien ou léger prolongement du premier bruit; pouls à 120. Température à 38°8. Ni sucre, ni albumine dans l'urine. Congestion légère du foie qui dépasse de deux travers de doigt, légère dyspnée, quelques sibilants. Traitement : salicylate de soude 8 grammes.

Evolution :

Le 11 décembre, température le matin à 38°2, la veille à 39°4, le malade est dyspnéique mais souffre moins de ses articulations. Pouls à 118, respiration 50.

Le 11 au soir, température à 39°3, dyspnée intense.

Dans la nuit du 11 au 12, le malade est pris brusquement d'un délire furieux, se lève de son lit, veut battre l'infirmière, gifle l'infirmier qui veut le recoucher puis finit par rejoindre son lit, se coucher épuisé et mourir.

Autopsie :

Péricarde : environ 60 cc. de liquide séreux, pas de lésions.

Cœur : volume normal, poids normal, pas de caillots dans les cavités. Congestion intense des valvules mitrales et tricuspides dont le bord libre épaissi porte quelques petites végétations arrondies et naissantes.

Foie : congestionné, dur à la coupe, poids 2 kg. 300.

Rate : grosse et congestionnée.

Reins : Congestion intense, la capsule se décortique aisément.

Système nerveux : pas de lésions macroscopiques des enveloppes de la moëlle qui est très congestionnée.

Le cerveau baigne dans une sérosité légèrement trouble; congestion intense des méninges cérébrales. Piqueté hémorragique de la substance blanche. En un mot, l'examen macroscopique montre surtout un état de vaso-dilatation généralisée des viscères.

Histologiquement, on relève les détails suivants : l'examen du cerveau par la méthode de Nissl montre : une congestion très intense de l'organe, l'absence d'altération, des contours extérieurs des cellules pyramidales; les noyaux sont bien colorés; les prolongements sont bien visibles et intacts. Toutefois les granulations chromatiques sont fondues; il y a un degré marqué de chromatolyse diffuse. Pas de neuronophagie.

4°) - OBSERVATION de NOBÉCOURT et DARRÉ (Résumé). — (*Thèse* BOURLON, Paris, 1912).

Il s'agit d'un enfant de 7 ans. Le 26 septembre, il est atteint de rhumatisme articulaire aigu, on constate l'existence d'un souffle doux, systolique, à la pointe et un assourdissement très marqué des bruits. La température est à 39°, les urines sont faiblement albumineuses, l'état psychique est normal. Cependant le soir il s'agite et délire. Le lendemain 27 septembre, l'enfant

est dans un état de confusion mentale très profonde; le faciès est sans expression, le regard vague. Le malade est absorbé et somnolent, de loin en loin il s'agite, marmonne quelques paroles incompréhensibles, cherche à se lever, mais au bout d'un instant retombe dans sa somnolence. Les douleurs articulaires sont disparues, il n'est apparu aucune modification au cœur, la température est à 37°6, le pouls rapide mais régulier. Dans la nuit, le délire augmente, des hallucinations apparaissent.

Le jour suivant, le 28 septembre, le délire a complètement disparu, le malade est dans un état d'obnubilation profonde, il est désorienté, a complètement perdu la notion du temps et de lieu, les troubles de la mémoire sont marqués, amnésie de fixation, dysmnésie d'évocation, l'attention, la réflexion sont presque abolies. On note une ébauche de catatonie, de négativisme et de l'écholalie.

Le jour suivant, le 29 septembre, amélioration manifeste, respiration normale, pouls ralenti (68) mais intermittent et irrégulier. Le 30 septembre, la respiration et le pouls sont normaux. Huit jours plus tard, l'enfant a retrouvé sa complète intelligence, il persiste une lésion mitrale, un très léger assourdissement du deuxième bruit.

5°) - OBSERVATION DE LHERMITTE ET DE AJURIAGUERRA. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 21, 12 mars 1938).

Mme Do..., âgée de 22 ans, mariée, un enfant bien portant. Angines fréquentes. A 15 ans, première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé avec angine, amygdalectomie après la guérison de cette crise dont la durée ne dépasse pas une quinzaine de jours.

Le 28 décembre 1935, angine sérieuse avec abcès amygdalien, suivie de polyarthrite, d'emblée généralisée.

Le 17 janvier 1936, la malade est hospitalisée à Paul Brousse et nous l'examinons. L'état général est excellent, on note seulement, un léger amaigrissement avec pâleur des téguments, des arthropathies multiples, épargnant les petites articulations, mais cependant avec tendance à les envahir. Les articulations intéressées apparaissent gonflées, chaudes, douloureuses à la pression et la mobilisation. La température centrale est de 39-39°5, la malade transpire, tous les réflexes sont normaux, de même que les fonctions iriennes. Aucun trouble psychique, pouls rapide, en rapport avec la température. Hypotension artérielle 9-7 au Vaquez.

A l'auscultation, on constate un assourdissement très net des bruits cardiaques, surtout à la pointe. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Traitement : iodaseptine salicylée en injection endo-veineuse, application locale de baume salicylé.

Le 19 janvier 1936, par suite de l'oblitération antérieure des veines, on suspend les injections intraveineuses et l'on donne le salicylate, per os à la dose de 4 gr. et en lavement, 2 grammes.

Le 22 janvier, amélioration des arthropathies mais apparition de douleurs précordiales. Bruit mitral très assourdi.

Le 27 janvier, souffle systolique à la pointe, légère dyspnée, tension artérielle à 11-6. Bourdonnements d'oreilles, troubles de la vision en rapport avec une intoxication salicylée, on interrompt le salicylate.

Le 1^{er} février, frottement sec péricardique, souffle mitral marqué, pleurésie avec léger épanchement aux

deux bases. Aucun trouble psychique. La ponction pleurale donne issue à un liquide ambré, ne contenant aucun germe, pas de bacilles de Koch.

Le 3 février, tachycardie à 140, malgré l'administration de digitaline pendant les jours précédents. Bruit de galop péricardique. Aucun symptôme objectif du côté du système nerveux, aucune anxiété, aucune agitation. Les yeux sont normaux, l'examen du fond d'œil montre des vaisseaux un peu distendus. Pas d'œdème papillaire.

Le 7 février, ponction pleurale, issue de 500 cc. Apparition de troubles psychiques à type dépressif, avec anxiété. La malade nous considère avec angoisse, elle semble terrifiée par la crainte, on va la tuer, dit-elle, la mettre au four crématoire, elle est indigne d'être mariée, indigne d'être mère, son mari ne devrait pas s'inquiéter d'elle, elle ne le mérite pas. Pas d'hallucinations, ni d'illusions. Pas de confusion mentale; la malade se montre très bien orientée dans le temps et dans l'espace. La mémoire est bonne, l'identification des personnes de l'entourage correcte.

Le 14 février, amélioration de l'état général et local. Les arthropathies sont en voie de régression importante, la température n'a pas atteint, même le soir, 38° depuis le 11 février. Aujourd'hui elle oscille entre 37°9 et 37°. Pouls à 120, tension artérielle 12 1/2-7. Les signes stéthacoustiques cardiaques ne sont pas modifiés et l'on perçoit nettement le souffle systolique de la pointe et le frottement péricardique, cependant, ce dernier est de moindre intensité. Les troubles mentaux persistent, gardant le même caractère mélancolique. La malade accuse maintenant des idées de dépréciation, de culpabilité avec auto-accusation. Tout en pleurant

et en gémissant, elle déclare qu'elle a fait du mal à tout le monde, qu'elle va mourir, qu'elle doit mourir pour apaiser la justice et demande qu'on lui fasse une piqûre pour abréger ses peines. Pas de troubles psychosensoriels, pas de confusion, ni d'amnésie. Les urines continuent d'être normales.

Le 25 février, amélioration très importante des fonctions cardiaques, tachycardie moindre; le frottement péricardique s'est effacé, mais le souffle mitral persiste. Les bases pulmonaires demeurent obscures, mais l'épanchement liquide a diminué nettement. La température ne dépasse plus 37°3. La malade continue à présenter les mêmes réactions mélancoliques, disant qu'elle est indigne de vivre, qu'elle doit mourir, à ces idées se mêlent quelques idées de persécution et d'abandon : son mari ne l'aime plus, la délaisse, de son côté, elle n'éprouve plus pour lui aucune tendresse; enfin les aliments qu'on lui sert ne sont pas bons, ils ont un drôle de goût.

Le 4 mars, la malade quitte l'hospice Paul-Brousse et rentre chez elle, très améliorée à tous les points de vue, mais non pas guérie. On constate encore un gros souffle mitral, une obscurité des bases pulmonaires, un grand degré d'amaigrissement avec anémie, enfin les troubles psychiques quoique atténués sont encore facilement décelables.

Le 3 avril, la convalescence se poursuit normalement, la malade a repris du poids, le pouls est normal ainsi que la température, le souffle mitral persiste. L'état mental s'est très naturellement amélioré, mais l'interrogatoire fait facilement apparaître encore les idées mélancoliques simples. La malade est toujours triste,

n'éprouve aucune affection pour les siens, ne prend aucun goût à la vie.

Le 23 février 1937, nous revoyons la malade qui, cette fois est complètement guérie, alerte, gaie, pleine d'entrain. Le souffle mitral, seul, persiste.

6°) - OBSERVATION DE LHERMITTE ET DE AJURIAGUERRA. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 21, 12 mars 1938).

Mlle Thi..., 18 ans, entre à l'Asile avec le diagnostic d'agitation anxieuse.

Gros antécédents psychopathiques : l'oncle de sa grand'mère maternelle a fait une crise de mélancolie à l'âge de 50 ans avec tentative de suicide; grand-père mort de ramollissement cérébral; la mère de la malade a présenté deux crises de dépression à 5 ans d'intervalle, compliquées par deux tentatives de suicide, la première par le Dial, la seconde par le gaz d'éclairage.

Antécédents pathologiques : rougeole, coqueluche, oreillons, varicelle. En 1931, rhumatisme polyarticulaire aigu suivi d'un épisode confuso-onirique, qui dura une semaine. On constata dans la suite une endocardite, une péricardite ainsi qu'une complication pleurale. Quelques mois plus tard, au cours d'une nouvelle poussée articulaire, apparut une héli-chorée gauche qui s'éteignit au bout de trois mois. Traitée assez irrégulièrement par le salicylate de soude, la malade garda une instabilité thermique, ainsi que des algies erratiques. Une semaine avant l'entrée dans le service survient un état confusionnel avec grande agitation, paroles incohérentes, idées de suicide. Ce tableau était accompagné par une anxiété très marquée avec crainte de la mort. Cet état confusionnel dura 18 à 20 heures. Par la suite, l'agitation nocturne se poursuit avec

épisodes oniriques. « Je voyais mon grand-père comme dans un cauchemar ». Céphalées pendant la journée.

Dans le service le même état anxieux persiste avec angoisses fréquentes, cauchemars et frayeurs nocturnes.

L'examen physique fait apparaître un souffle systolique à la pointe avec érétisme cardiaque; tension artérielle 13-8 1/2 (Vaquez). Pas de lésions pulmonaires, une radiographie montre l'intégrité des poumons. Les réflexes tendineux sont normaux ainsi que les réflexes photo-moteurs. On note comme vestige de l'hémi-chorée, des mouvements fibrillaires de la langue et une hypersensibilité musculaire gauche. La malade se plaint d'engourdissement au niveau des deux mains et de l'hémiface gauche. Par contre on ne constate aucun trouble de la sensibilité objective.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Traces de sels biliaires. Numération globulaire : rouges 322.000, blancs 7.200, lymphocytes 18, mononucléaires moyens 5, grands 5, polynucléaires neutrophiles 70, éosinophiles 2, hémoglobine 65 %.

7°) - OBSERVATION DE LHERMITTE ET DE AJURIAGUERRA. — « Endocardites subaiguës des cardiaques » (*Gazette des Hôpitaux*, n° 21, 12 mars 1938).

Lani..., 13 ans 1/2. Première atteinte de rhumatisme polyarticulaire aigu à l'âge de 8 ans, de longue durée, prenant plusieurs articulations, avec anémie, fièvre suivie de péricardite rhumatismale.

Le sujet présente actuellement un rétrécissement mitral. On ne trouve rien d'autre dans ses antécédents. Les parents bien portants. L'examen somatique du ma-

lade ne montre rien d'autre que les symptômes de la lésion **mitrale**.

A certains moments (4 à 5 fois par an) survient une élévation thermique sans poussée articulaire, mais accompagnée de pâleur, de sueurs et d'un épisode confuso-onirique, marqué par des troubles de la notion de l'espace et une impression de modification du moi. Les choses en ces moments s'éloignent et se rapprochent, « le lit est grand, je ne vois pas l'autre bout de lit, la lampe est très haute, je vois la maison grande, grande, comme un château; l'édredon est gros, je crains qu'il ne m'écrase ». Impression de modification de son corps « Mes doigts augmentent et diminuent, je sens mes jambes lourdes comme si c'était du squelette, je sens mes mains comme si c'était de l'os. J'entends de vrais bruits, mais qui sont très forts, comme si la maison s'écroulait ». En réalité on ne retrouve pas de véritables hallucinations auditives ou visuelles, mais plutôt des illusions avec idées de transformation, de déformation dues à l'apport anxieux important. « Cependant je résiste et je sais que ce n'est pas vrai ». La crise confuse et anxieuse ne dépasse jamais 24 heures et peut parfois durer 6 heures. Ces manifestations psychopathiques disparaissent rapidement par le salicylate de soude. L'examen pendant les crises ne montre rien d'anormal si ce n'est une augmentation des troubles cardiaques.

CHAPITRE II

ANALYSE ET CRITIQUE DES FAITS

Il nous a donc été possible de rassembler dans la littérature médicale un certain nombre d'observations se rapportant à l'évolution de troubles mentaux au cours, ou à l'occasion d'une endocardite. L'analyse de ces cas peut être ainsi condensée :

A. - ENDOCARDITES MALIGNES AIGUES

a) ANALYSE DES FAITS.

1° J. MICKLE. — Retenons l'intéressante constatation de l'existence de signes d'endocardite maligne comme cause de la manie puerpérale. On sait combien sont fréquentes les infections du post-partum et du port-abortum, combien sont graves les localisations streptococciques ou autres, de ces infections sur l'endocarde et de quel sombre pronostic elles vont grever l'évolution des troubles psychiques concomitants.

Il est très regrettable de ne pas posséder de plus amples détails sur les observations de J. MICKLE.

2° LAURENT (observation de LECLERC, in *Thèse Lyon*, 1884). — Le syndrome psychopathique, chez un homme de 20 ans, semble être un délire hallucinatoire ou une réaction anxieuse de délire mélancolique ou schizophrénique aboutissant à l'auto-mutilation. La cardiopathie est complexe : à l'endocardite maligne évoluant sur des lésions valvulaires mitro-aortiques anciennes, se surajoutent des symptômes de défaillance cardiaque (vérification nécropsique). Malgré le manque de précision, notamment sur le début des troubles psychiques, sur les antécédents personnels et héréditaires, il semble bien que les manifestations mentales soient sous la dépendance directe de la cardiopathie.

3° FOLLET (*Bulletin de la Soc. Scient. et Médicale de l'Ouest*, Rennes, 1898). — Chez un vieillard de 75 ans : après altération du caractère qui devient agressif, déclenchement d'un état d'excitation psychique avec symptômes d'affaiblissement intellectuel caractérisé par un gros déficit mnésique, de la fabulation, des fausses reconnaissances, des idées de préjudice, et surtout de persécution, le tout s'accompagnant d'un onirisme actif, au cours du remaniement ulcéro-végétant terminal d'une ancienne endocardite valvulaire mitrale calcifiée, ayant donné lieu à des complications pulmonaires. Notons en outre l'asso-

ciation des thromboses et de l'athérome des vaisseaux cérébraux. Vérification nécropsique.

4° LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA (*Gazette des Hôpitaux*, n° 23, 1938). — Psychose polynévritique chez une éthylique de 42 ans ayant présenté, antérieurement, un épisode de mélancolie anxieuse avec idées de suicide. La confusion et l'onirisme surviennent, alors que la malade est en cours de traitement par curiethérapie pour cancer utérin, à la suite de manifestations polyarticulaires aiguës rhumatismales. Signes d'endocardite maligne à localisation mitrale s'accompagnant rapidement de pancardite. Les troubles mentaux apparaissent après la détermination sur l'endocarde. Pas de confirmation nécropsique.

5° BONNAMOUR et GAUTHIER (*Lyon Médical*, n° 23, 1910, p. 1153). — Homme de 49 ans, éthylique présentant un rhumatisme gonococcique, compliqué d'endocardite, s'accompagnant de confusion mentale et d'hémiplégie droite terminale. Vérification nécropsique : endocardite végétante mitrale. Arthrite purulente de l'épaule et du genou. Œdème cérébral.

6° HEAD. — Etats mentaux liés aux maladies viscérales chez les individus sains d'esprit (*Brain* 1901, p. 345). — Homme de 36 ans ayant une endocardite infectieuse mitro-aortique et présentant un affaiblissement psychique caractérisé essentiellement par des troubles mnésiques (fixation impossible).

7° D. SHAW et LAND. — Un état confusionnel associé à une endocardite infectieuse (*The Journal of Mental Science*, 1935, n° 81). — Femme de 28 ans, instable, émotive, intoxiquée éthylique. Après une attaque de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite, a présenté les symptômes d'une endocardite maligne (valvule mitrale) s'accompagnant de confusion mentale stuporeuse. Pas de confirmation anatomique.

b) CRITIQUE DES FAITS.

Bien que nos recherches bibliographiques aient été aussi complètes que possible, compte tenu des circonstances, l'on est frappé du petit nombre d'observations rapportées. Cela est dû, semble-t-il, au fait que la symptomatologie infectieuse ou cardiaque tient le plus souvent toute la scène clinique et relègue à l'arrière-plan les troubles psychiques, lorsque ceux-ci existent. Ce ne sera donc que dans les cas à manifestations mentales bruyantes que l'attention sera attirée sur ces dernières. C'est le cas de toutes les observations ci-dessus rapportées.

1° *Critique d'ordre général* (ces critiques seront valables pour les observations des trois groupes d'endocardite). — Les études n'ayant pas été faites spécialement pour le but que nous nous sommes proposé, on conçoit que dans leur ensemble, et hormis quelques exceptions, les descriptions soient succinctes, incomplètes, fragmentaires, tant dans la description psychiatrique que dans l'analyse des

signes cardiaques et de l'examen anatomique après la mort. La conséquence d'un tel état de choses sera la difficulté de préciser étroitement le rapport de causalité ou de coïncidence. La chronologie stricte des symptômes, l'étude du passé physiologique et pathologique du sujet, de ses antécédents héréditaires, sont souvent à peine effleurés.

2° *Critique d'ordre particulier.* — Dans son article J. MICKLE, insistant sur la notion étiologique de l'endocardite maligne dans la manie puerpérale, ne fournit aucune précision de fréquence, de nature, de conditions d'apparition, de coïncidence ou de coexistence. Les mêmes remarques s'appliquent à l'observation 6 de HEAD. Les observations 2, 3, 5 apportent une vérification nécropsique au processus d'endocardite maligne. Les localisations endocarditiques sont les suivantes : valvules mitrales : obs. 3, 4, 5, 7; valvules mitro-aortiques : obs. 2 et 6. Donc prédominance de la localisation à l'endocarde du cœur gauche.

Les manifestations psychiques furent les suivantes : manie puerpérale (J. MICKLE) chez des femmes jeunes. Raptus anxieux au cours d'un délire hallucinatoire ou mélancolique chez un homme de 20 ans. Psychose sénile : affaiblissement psychique avec idées de persécution et onirisme actif chez un homme de 75 ans. Etat confuso-onirique chez une femme de 42 ans, intoxiquée éthylique chronique en cours de traitement par curiethérapie, cette malade ayant présenté antérieurement un épisode de mélancolie

anxieuse. Confusion mentale et signes de lésion cérébrale, en foyer, par embolie, chez un homme de 49 ans, éthylique ancien, en cours d'infection gonococcique. Affaiblissement psychique (amnésie de fixation) chez un homme de 36 ans. Confusion mentale stuporeuse chez une femme de 28 ans, intoxiquée éthylique chronique.

Les syndromes psychopathiques sont donc variés, mais il y a une prédominance de la confusion onirique (3 cas) et de l'affaiblissement psychique (2 cas : l'un chez un vieillard de 75 ans, l'autre chez un homme jeune de 36 ans). Ils surviennent à tout âge de 20 à 75 ans; nous n'avons pas rencontré d'observations d'enfants ou d'adolescents.

Les syndromes psychopathiques, même s'ils relèvent de la cardiopathie, ont une étiologie multiple : endocardite associée à une myocardite : obs. 2, à une pancardite : obs. 4, à de l'athérome et à des thromboses vasculaires : obs. 3. Les infections causales ne sont pas univoques : cela peut être affirmé même en l'absence de précisions bactériologiques. Soulignons la fréquence d'une atteinte endocarditique antérieure (rhumatismale le plus souvent : obs. 2, 3, 4, 7). Notons comme très importantes les manifestations infectieuses viscérales autres : obs. 3 (localisation pulmonaire); obs. 4 : cancer utérin peut-être infecté traité par curiethérapie; obs. 5 : infection gonococcique avec arthropathies suppurées.

CONCLUSIONS. — Dans le déterminisme et la symptomatologie des troubles psychiques au cours des endocardites aiguës jouent :

1° La nature du terrain : a) dans ses caractères héréditaires; b) dans ses caractères pathologiques acquis.

2° La nature du germe (embolies infectantes); elle conditionne également la gravité du pronostic. Tous les syndromes psychopathiques peuvent se rencontrer, mais il y a une grosse proportion de « confusion onirique ».

B. - ENDOCARDITES MALIGNES LENTES

a) ANALYSE DES FAITS.

1° EBSTEIN. — Etat infectieux avec endocardite (souffles orificiels mitro-aortique), splénomégalie, purpura, hématurie, survenant chez un homme de 65 ans, ayant présenté, onze ans auparavant, un ictus accompagné et suivi de localisations neurologiques et de troubles mentaux : obnubilation psychique avec éclipses de la mémoire de peu de durée. Pas d'examen anatomique.

2° LECLERC, LESIEUR, MOURIQUAND. — Endocardite post-puerpérale maligne à évolution lente (localisation mitrale) chez une jeune femme de 26 ans, ayant eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu à 18 ans (la localisation cardiaque à ce moment n'est pas signalée), et s'accompagnant d'obnubilation psychique, avec abattement et parésie intellectuelle à évolution progressive jusqu'à la mort. Hémoculture : méningocoque. Examen anatomique incomplet : muet

au sujet de la localisation cardiaque, renseignements insuffisants sur les lésions encéphaliques (méningite de la base et ramollissement de la partie antérieure du lobe sphénoïdal).

3° WINKELMAN et ECKEL. — Femme de 34 ans présentant un état de confusion mentale, évoluant avec une endocardite (pas de précision de localisation) et aboutissant à la mort en un mois. Hémoculture négative. Autopsie : absence de précision.

4° BORREMANS et VAN BOGAERT. — Troubles de l'humeur et du caractère; alternatives d'excitation psychique atypique, éclats de rire; prostration soudaine chez une enfant de 15 ans issue de père alcoolique, avec hémiplegie gauche. Endocardite mitrale avec syndrome infectieux. Autopsie : tumeur cérébrale. L'état de l'endocarde n'a pas été vérifié.

5° LEMIERRE et AUGIER. — Homme de 51 ans ayant eu une crise de rhumatisme articulaire aigu et un ulcère gastrique présentant à quatre mois d'intervalle deux ictus, dont le dernier se poursuivant par une aphasic, avec symptômes d'affaiblissement psychique (gros déficit mnésique). Endocardite mitrale avec phénomènes douloureux précordiaux. Etat infectieux durant deux mois avec hypothermie terminale. Hémoculture : streptocoque hémolytique. Autopsie : endocardite végétante sur la face supérieure des deux valves de la mitrale. Volumineux abcès du lobe frontal gauche, empiétant sur les lobes temporal et pariétal gauche.

6° *Observation personnelle.* — Chez une femme de 60 ans avec hérédité chargée, ayant toujours eu un comportement de débilité mentale, avec troubles de l'humeur et du caractère (autoritarisme, jalousie, impulsivité érotique, caprices) apparaissent, à 58 ans, peu de temps après qu'elle eut accusé des signes d'hémi-parésie gauche, des phénomènes d'automatisme mental, avec syndrome d'influence, précédant l'éclosion d'un délire de persécution avec hallucinations, illusions et interprétations. Les caractères du délire le situent dans le cadre du fonds de débilité constitutionnelle, sur lequel il évolue : il est, en effet, relativement fixe et pauvre, s'étendant peu ; il est fait surtout d'éléments du syndrome d'influence (idées de possession, d'hypnotisme, de sorts et d'actions à distance, de pouvoir mystérieux). Les signes psychopathiques ont revêtu leur plus grande activité depuis l'évolution de l'endocardite, mais le délire s'exacerbe, avec la défaillance cardiaque, qui emporte la malade dans le tableau apyrétique d'une insuffisance ventriculaire avec asthme cardiaque.

Pas d'hémoculture mais examen anatomique : endocardite végétante mitro-aortique. Cancer primitif du poumon avec métastases (surrénales). Athérome des gros troncs artériels et des vaisseaux de l'encéphale.

b) CRITIQUE DES FAITS.

1° *Critique d'ordre général.* — Dans ce groupe des endocardites malignes lentes, et depuis que Robert

DEBRÉ a isolé une forme mentale, deux constatations sont probantes, ce sont celles de l'observation de LEMIERRE et AUGIER et de la nôtre propre, la première portant à la fois l'identification du germe le plus ordinairement responsable de ces manifestations : le streptocoque hémolytique, et la preuve anatomique, la nôtre ne fournissant que ce dernier caractère. Dans les deux cas, la précession des signes de l'endocardite est manifeste et l'endocardite est responsable en majeure partie des syndromes psychopathiques. La précision de l'analyse nous permet de mettre en évidence la multiplicité des facteurs entrant dans l'étiologie réelle des troubles mentaux; nous y reviendrons lorsque nous traiterons de la pathogénie.

2° *Critique d'ordre particulier.* — Les localisations endocarditiques furent les suivantes : mitrale : obs. 2-4-5; mitro-aortique : obs. 1 et 6. La localisation n'est pas précisée dans l'obs. 3 de WINKELMANN et ECKEL. Au total : prédominance, comme dans le cas des endocardites malignes aiguës, de la localisation mitrale.

Les manifestations psychiques se dénomment ainsi : affaiblissement psychique avec obnubilation, obs. 1 et 2; avec aphasie : obs. 5; confusion mentale : obs. 3; excitation psychique atypique et signes neurologiques : obs. 6, donc polymorphisme des symptômes et des groupements nosologiques représentés.

Tous les âges sont représentés, dans les deux sexes : observations allant d'une enfant de 15 ans à celle d'une femme de 60 ans.

Les syndromes psychopathiques même déclenchés ou aggravés par le processus d'endocardite sont pour tous ceux, dont l'analyse est faite avec quelque précision, sous l'action combinée d'autre étiologie associée; par exemple: localisation infectieuse méningée: obs. 2 de LECLERC, LESIEUR, MOURIQUAND; hérédité morbide et tumeur: obs. 4; ulcus gastrique et rhumatisme articulaire aigu, obs. 5 de LEMIERRE et AUGIER; imbibition éthylique, artério-sclérose cérébrale généralisée, myocardite, cancer pulmonaire avec métastases: obs. 6 personnelle. Ainsi pouvons-nous conclure à la multiplicité des causes étiologiques dans l'apparition des troubles mentaux. Les formes mentales de l'endocardite maligne lente ne sont pas, le plus ordinairement, sous la dépendance directe et unique de la localisation endocarditique. Jouent un rôle particulièrement important: l'atteinte antérieure de l'endocarde (rhumatisme articulaire aigu, obs. 5), des lésions érosives ou ulcéreuses aériennes (cancer du poumon, obs. 6), digestives (ulcus gastrique, obs. 5) ou utérine (obs. 2), de l'athérome ou de la thrombose des vaisseaux cérébraux (obs. 6), une tumeur de l'encéphale (obs. 4) et en dehors de ces lésions acquises, la nature des potentialités évolutives de l'encéphale du sujet (hérédité de l'obs. 6).

CONCLUSIONS. — Dans le déterminisme de la symptomatologie des troubles psychiques au cours des endocardites malignes lentes agissent:

1° La nature des potentialités évolutives de l'encéphale, hérédité du terrain.

2° Les lésions organiques associées du myocarde et du péricarde par leur retentissement sur l'encéphale : troubles circulatoires en particulier et troubles des éliminations.

3° La nature de l'infection causale : généralement ici le streptocoque viridans.

4° Notons l'importance de la fréquence : a) des lésions érosives ou ulcéreuses : des voies digestives, aériennes, utérines ou des cancers ulcérés infectés ou irrités; b) des complications emboliques, mais ordinairement non infectantes.

5° La plus longue évolution de l'endocardite permet le déroulement de tableaux cliniques mentaux plus complexes et mieux accusés que ceux observés dans l'endocardite maligne d'évolution rapide. Les syndromes confusionnels sont moins fréquents et lorsqu'ils existent, d'évolution moins intense et moins rapide que dans l'endocardite maligne aiguë.

La confusion onirique est donc là, à son degré mineur, lorsqu'elle existe. Nous assistons donc à la dégradation du syndrome confusionnel dans l'ordre suivant : confusion onirique constante et typique des endocardites aiguës (rhumatismales ou autres). Confusion onirique fréquente mais non constante et panachée des endocardites malignes aiguës. Confusion avec peu d'onirisme et souvent à un degré mineur au cours des endocardites malignes lentes.

C. - ENDOCARDITES AIGUES

a) ANALYSE DES FAITS.

1° JOFFÉ. — Jeune homme de 20 ans imprégné d'éthyle fait une poussée de rhumatisme articulaire aigu, compliquée d'endocardite mitrale avec apparition d'un délire hallucinatoire pantophobique avec onirisme terrifiant et anxiété vive. Guérison : les troubles mentaux confusionnels disparaissent en même temps que les localisations cardiaques s'améliorent.

2° JOFFÉ. — Jeune homme de 22 ans. Première crise de rhumatisme articulaire aigu à 18 ans. Reprises des arthropathies à 22 ans avec état infectieux, endocardite mitrale, agitation anxieuse, bouffée confusionnelle et délire mélancolique évoluant sur fond schizoïde. Avec la disparition de l'état infectieux et l'évolution résolutive de l'endocardite : guérison de l'anxiété et de la confusion, mais persistance d'un état hypomaniaque.

3° JOFFÉ. — Homme de 33 ans. Alcoolique. Au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, endocardite mitrale, localisation pulmonaire, état confusionnel avec délire furieux et mort. Constata-tion anatomique de l'endocardite et de la congestion vasculaire intense des vaisseaux cérébraux.

4° NOBÉCOURT et DARRÉ. — Enfant de 7 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu. Etat infectieux.

Endocardite mitrale. Délire confusionnel avec attitudes catatoniques. Guérison complète des troubles psychiques. Evolution d'une lésion valvulaire.

5° LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA. — Femme de 22 ans, ayant eu à 15 ans une première crise de rhumatisme articulaire aigu, puis une deuxième crise à 22 ans avec endocardite mitrale et même pancardite et pleurésie. Dépression mélancolique et anxieuse. Guérison complète de l'état infectieux, des troubles mentaux, persistance de lésions valvulaires.

6° LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA. — Jeune fille de 18 ans, à antécédents héréditaires chargés, présentant au cours de crises de rhumatisme articulaire aigu de la confusion mentale, de l'anxiété, avec signes d'hémi-chorée gauche et endocardite mitrale compliquée de péricardite et de pleurésie.

7° LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA. — Enfant de 13 ans et demi ayant présenté une première crise de rhumatisme articulaire aigu à 8 ans, entraînant péricardite et rétrécissement mitral. A 13 ans et demi : manifestations confuso-oniriques avec illusions sensorielles, hyperendophasie, etc., de durée brève rythmées avec les poussées thermiques et les signes d'aggravation de la cardiopathie et disparaissant par la médication salicylée. Type de rhumatisme cardiaque évolutif.

b) CRITIQUE DES FAITS.

Dans tous les cas relatés, sauf dans l'obs. 3 de JOFFÉ, les troubles mentaux, caractérisés par un syn-

drome confusionnel ont régressé et disparu avec l'amélioration ou la stabilisation des lésions endocardiques. Ils semblent bien être sous la dépendance de l'état infectieux et de sa localisation endocardique. Cette localisation est, dans toutes les observations, mitrale. Dans un cas : obs. 5 : le syndrome mental est fait de dépression mélancolique et anxieuse. Toutes les observations rapportées s'échelonnent de 7 à 33 ans, et intéressent les deux sexes. Les localisations de l'infection causale sont souvent multiples : péricardite de l'obs. 7, pancardite et pleurésie de l'obs. 5, péricardite, pleurésie et chorée de l'obs. 6. L'ob. 3 peut être considérée comme un délire aigu alcoolique se terminant par la mort : les constatations anatomiques révèlent alors ce que l'on observe rigoureusement en pareil cas, à savoir : la congestion intense des vaisseaux cérébraux.

CONCLUSIONS. — Le caractère rythmique et l'évolution favorable des troubles mentaux par rapport et en égard aux manifestations de l'endocardite mitrale nous paraissent typiques. La confusion onirique qui semble être la signature de l'affection cède rarement le pas à un autre syndrome : la dépression mélancolique par exemple, elle évolue pour son propre compte et n'est qu'exceptionnellement la voie d'introduction de syndromes d'évolution chronique. L'intensité de la confusion onirique est d'autant plus intense et grave qu'elle se conjugue à des phénomènes d'intoxication (intoxication éthylique de nos observations).

CHAPITRE III

APERÇU CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DES ENDOCARDITIQUES

Les auteurs qui ont étudié avant nous les troubles psychiques au cours du rhumatisme articulaire aigu n'ont pas précisé leurs rapports avec les localisations cardiaques, mais tous sont d'accord pour affirmer la fréquence de ces dernières. C'est ainsi que BALL pense que les complications cardio-pulmonaires du rhumatisme constituent une des causes les plus efficaces du rhumatisme cérébral, mais qu'elles ne sont pas indispensables. Il signale la multiplicité des aspects cliniques, qu'il classe en trois types, en insistant sur le caractère dépressif des troubles mentaux.

M^{me} JOFFÉ affirme que rien n'est plus variable que le tableau clinique du rhumatisme cérébral, les lésions pouvant toucher indistinctement et sans règle tous les points de la corticalité.

Pour LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA, les manifestations mentales au cours de la maladie de Bouillaud

se nuancent de teintes assez particulières pour permettre une identification; on reconnaît dans la plupart des observations un élément de confusion et d'obtusion intellectuelle, mais sous ce ralentissement des fonctions psychiques, sous ce voile de l'incohérence des idées, le trouble du raisonnement, du flou des perceptions, transparait un élément : le désordre de la sphère affective, la dépression mélancolique. « Retenons, disent-ils, que l'anxiété de la psychose rhumatismale semble un épisode assez commun et assez personnel à la maladie pour qu'on y prenne garde, et que, d'autre part, cet orage de la vie affective s'avère indépendant du processus qui sous-tend et conditionne la confusion, la stupeur et l'onirisme. »

Les opinions sont donc divergentes. Voici, d'autre part, ce que nous avons observé dans chacun des trois groupes d'endocardite classiquement et schématiquement isolés.

Certes nos observations ne renferment pas la totalité des manifestations psychopathiques possibles mais elles donnent une vue d'ensemble et soulignent la façon dont les faits s'enchainent ou s'opposent les uns aux autres. Une notion se dégage qui relie les trois groupes tant au point de vue cardiologique que psychiatrique : c'est celle de l'infection. Lorsque nous parlons d'endocardite, nous l'entendons au sens large du terme, ne restreignant pas le problème de dépendance ou de retentissement psychique aux seuls cas ne présentant strictement qu'une endocardite isolée. L'infection quelle qu'elle soit a exceptionnel-

lement des égards particuliers pour une portion de viscère et il serait peu intelligible que l'inflammation endocarditique n'ait pas quelque action, si minime soit-elle, sur le myocarde sous-jacent. Nous avons constaté, précédemment, que les diverses localisations endocarditiques s'opposent du reste les unes aux autres, quant à la qualité de l'agent infectieux, tandis que l'endocardite du rhumatisme est constituée ordinairement de réaction inflammatoire simple, ne donnant lieu parfois qu'à des embolies agissant mécaniquement et ne se comportant jamais comme des embolies septiques; au contraire, l'endocardite du rhumatisme cardiaque évolutif et surtout celle des infections secondaires surajoutées agissent tant par la gravité de l'infection que par le caractère septique des embolies.

La nature des germes en cause pourra déterminer des aspects évolutifs particuliers aux réactions psychiques, mais il est un syndrome commun à la plupart des infections et que nous rencontrerons le plus ordinairement : c'est le syndrome confuso-onirique. Etat infectieux et syndrome confuso-onirique, constituent le noyau principal, essentiel de la question. Nous verrons comment les autres manifestations mentales associées viendront se cristalliser autour du trouble confusionnel.

a) ENDOCARDITES AIGUES.

Brossons donc les grandes lignes du tableau clinique des signes psychopathiques tels qu'ils peuvent

être déduits des observations recueillies : c'est chez un enfant, un adolescent ou un adulte, présentant un état infectieux s'accompagnant d'un gonflement et de douleurs polyarticulaires, ou même sans manifestations articulaires, qu'apparaissent tout d'abord des troubles de l'humeur et du caractère; l'enfant devient triste, se plaint, n'a plus aucun entrain, est taciturne et s'isole, manifeste des sentiments d'inquiétude, d'angoisse même. Outre les signes infectieux ponctués parfois d'une localisation angineuse, l'exploration quotidienne du cœur révèle vers le 7^e ou 8^e jour les symptômes caractéristiques de l'atteinte cardiaque : l'assourdissement des bruits du cœur précédant le souffle, signature de la lésion valvulaire; accompagné ou non d'éréthisme avec extra-systoles, de tachycardie et de baisse de la tension artérielle. Puis durant la nuit, soit très tôt dès l'apparition du cortège des signes infectieux lorsqu'il est d'emblée très intense, soit au moment de l'installation de la localisation endocarditique, soit dans les quelques jours qui suivent : l'atteinte cérébrale est marquée par un délire accompagné ou non d'excitation ou de dépression. Ce délire a des caractères spéciaux : il débute le plus souvent par de l'obnubilation psychique passagère d'abord, puis de plus longue durée. Le sujet est abattu, son activité intellectuelle est ralentie et très vite la confusion sera totale. On observera en outre soit un délire doux et tranquille, soit un délire plus agité mais donnant toujours l'impression que le malade vit son rêve morbide : c'est le délire oni-

rique. « Il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale... par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, éminemment mobiles et changeantes, ou doués au contraire d'une certaine fixité, qui s'imposent plus ou moins complètement à la conviction. Au degré le plus faible, ce délire est exclusivement nocturne et momentané; il cesse au réveil et ne reparait que le soir... avec le vague assoupissement. A un degré plus marqué, il cesse encore au réveil; mais incomplètement, et se reproduit dans la journée dès que le malade a les yeux fermés et somnole. Enfin à son degré le plus élevé le délire ne cesse pas au matin, et il se continue le jour tel quel, comme un véritable rêve prolongé. » (RÉGIS.) L'évolution du délire est variable. Après la période de rêvasserie du début, il s'accompagne à la période d'état soit d'excitation avec impulsions furieuses, soit de dépression, à type mélancolique, puis il cède brusquement et fait place à un psychisme normal ou presque, alternant d'autres fois avec des périodes d'obnubilation profonde et aboutissant en fin de compte à une *restitutio ad integrum*. Ces poussées et ces alternatives successives étant ou n'étant pas rythmées par les aggravations ou l'extension de l'endocardite. Les classiques établissaient une sorte de balancement entre les poussées fluxionnaires endocardiques et cérébrales, localisant surtout ces dernières aux membranes séreuses dont

ils comparaient les réactions devant l'infection, à celles de l'endocarde. En réalité, ce n'est pas un balancement qui existe entre endocarde et séreuse arachnoïdo-pic-mérienne mais bien la conjugaison d'un même test de sensibilité réactionnelle au degré de l'intensité d'une même infection. D'après RÉGIS, les caractères de la confusion varieraient avec le moment de son apparition : au début il s'agit d'une confusion agitée violente qui peut être prise pour une manie aiguë; pendant la période fébrile : c'est une confusion hallucinatoire avec délire onirique d'intensité variable, ou bien c'est une confusion avec stupeur; enfin pendant la phase de défervescence ou de convalescence il y a retour à la forme de confusion mentale simple avec obtusion, désorientation et amnésie des plus marquées. Certaines décharges motrices à type de crises hystériques ou épileptiques se rencontrent parfois au cours des manifestations mentales de l'endocardite rhumatismale, mais il faut toujours suspecter dans ces cas la complication due à une embolie et analyser méticuleusement les signes morbides. Le plus ordinairement, nous venons de le dire, dans les formes d'endocardite simple plastique, la confusion onirique guérit sans séquelles en même temps que s'éteignent les signes d'inflammation de l'endocarde; la guérison survient aussi dans la plupart des cas de constitution de cicatrice valvulaire, comme s'il n'y avait eu dans ces éventualités qu'un simple léchage infectieux de l'encéphale. Cependant l'infection peut n'être qu'assoupie. A de nouveaux

réveils se traduisant par les formes bien connues d'endocardites récurrentes, et évolutives, se compliquant alors d'autres manifestations cardiaques, correspondront ou bien un maintien de l'intégrité des fonctions psychiques ou bien le développement d'un état délirant ou de troubles mentaux variés en raison de l'atteinte élective de certaines zones cérébrales par l'infection première ou par les complications secondes. En réalité on conçoit que rien ne soit plus variable que le tableau clinique des manifestations psychopathiques des endocardites rhumatismales.

Les syndromes confusionnels purs ou associés ne monopolisent donc pas la traduction mentale de l'endocardite et de l'infection rhumatismale; l'observation 5 de LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA du groupe des endocardites aiguës nous montre par exemple une mélancolie anxieuse survenant chez une jeune femme de 22 ans, chez laquelle il est vrai la complication intéresse le péricarde, le myocarde, la plèvre. Les troubles psychiques apparaissent au décours, un mois et demi après le début de l'atteinte polyarticulaire; ils s'atténuent avec la régression des troubles circulatoires. Mais les antécédents héréditaires n'ont pas été précisés; souvent, en effet, l'infection n'agit que comme sensibilisateur déclenchant les processus psychopathiques en puissance dans l'organisation fonctionnelle du cerveau de chacun de nous.

b) ENDOCARDITES MALIGNES AIGUES.

Nous pouvons cependant conclure que le type des psychopathies de l'endocardite aiguë est le syndrome

confusionnel, syndrome que nous allons retrouver dans le groupe des endocardites malignes aiguës. En effet celles-ci ne sont-elles pas souvent des endocardites rhumatismales ravivées ? Mais là, le syndrome confusionnel n'est pas toujours aussi pur, il est beaucoup plus souvent fugace, incomplet, atypique, intriqué à d'autres manifestations mentales et nerveuses, celles-ci étant sous la dépendance de la nature et de l'intensité de l'infection causale, et des complications emboliques de l'endocardite. D'autre part, le syndrome infectieux grave domine souvent la scène clinique, submergeant les manifestations mentales : tantôt l'aspect est celui d'une typhoïde, tantôt celui d'une pyohémie, à type pseudo-palustre émaillée parfois par des signes caractéristiques d'embolies infectantes, petites et multiples déterminant des érythèmes infectieux de type divers, des arthrites suppurées, ou bien des embolies massives viscérales et cérébrales avec toutes leurs conséquences.

Mais c'est surtout dans les formes typhoïdes que les symptômes mentaux peuvent le plus égarer l'attention : ceux-ci peuvent apparaître au début de la maladie : c'est alors un syndrome confusionnel avec violente agitation en imposant pour une psychose hallucinatoire ou un délire aigu, ou bien pour une confusion stuporeuse avec inertie, et le malade est souvent alors dirigé vers un hôpital psychiatrique. Lorsque les troubles psychopathiques surviennent à une période plus avancée, les signes d'ordre confusionnel sont plus variés, ils se traduisent souvent par

des hallucinations terrifiantes prédominantes, des idées de persécution, ou mystiques, ou même un état méningé, ou bien le délire quel qu'en soit le thème est doux et tranquille. D'autres fois c'est assez longtemps après le début de la localisation endocardique, au moment de la convalescence que la confusion revêt le masque de l'obtusion intellectuelle profonde ou d'un délire calme à thèmes variés : ce sont ces cas qui parfois se continueront ultérieurement par le développement de psychoses organisées.

Rappelons que dans les formes typhoïdes, la confusion avec ses caractères d'incohérence idéique, d'inhibition psychologique, de ralentissement des perceptions est évidente mais le manque de cohésion des idées, l'obnubilation, la dysmnésie, l'amnésie de fixation paraissent moins profonds chez les rhumatisants que chez les typhiques (J. LHERMITTE et DE AJURIA-GUERRA).

Très souvent les endocardites malignes aiguës à l'âge mûr ou chez le vieillard — survenant le plus fréquemment alors sur d'anciennes lésions valvulaires — se traduisent par des phénomènes d'affaiblissement psychique, la participation des lésions vasculaires cérébrales dans ces cas est de règle, et les complications cardiaques ne viennent souvent que déclencher ou précipiter des processus de ramollissement ou de désintégration cérébrale déjà préparés par l'artériopathie concomitante. Enfin l'évolution de l'endocardite peut être agrémentée de manifestations méningitiques associées. La symptomatologie des

endocardites malignes aiguës sera donc en général variée : aux syndromes infectieux et confusionnel viendront la plupart du temps se surajouter tout un ensemble de symptômes d'emprunt relevant de telle ou telle déficience organique acquise au cours de la vie du sujet. Au total : symptomatologie essentiellement panachée bien qu'évoluant autour du noyau confuso-onirique.

c) ENDOCARDITES MALIGNES D'EVOLUTION LENTE.

La plus longue durée d'évolution des endocardites malignes lentes permettra le déroulement plus complet de troubles psychiques mieux organisés, voire de véritables psychoses, au point même que la psychopathie accapare l'attention et que la cardiopathie peut passer inaperçue.

Dans cette variété d'endocardite le syndrome infectieux cède le pas dans la symptomatologie aux complications mentales : les processus emboliques surtout cérébraux survenant chez des sujets dont la fièvre est irrégulière quoique de longue durée, sont marqués parfois par des signes de lésions en foyers (hémiplégie, aphasie, convulsions) comme dans l'observation d'EBSTEIN n° 1, de BORREMANS et VAN BOGAERT n° 4, de LEMIERRE et AUGIER n° 5, et la nôtre propre n° 6, ou des signes méningés simulant la méningite cérébro-spinale comme dans l'observation n° 2 de LECLERC, LESIEUR et MOURIQUAND, et surtout la méningite tuberculeuse, s'intriquant plus ou moins aux signes psychiques purs.

Les syndromes mentaux, qui peuvent être notés au cours de l'évolution de l'endocardite maligne lente seront essentiellement polymorphes. Le syndrome confusionnel, lorsqu'il existera, sera dégradé, souvent estompé et dominé par d'autres éléments qui feront disparaître les faiblesses constitutionnelles de l'organisation cérébrale du sujet. Toutes les éventualités des groupements nosologiques psychiatriques peuvent s'y rencontrer; nous n'en voulons pour preuve que l'observation de LEMIERRE et AUGIER et la nôtre propre. Nous avons pu assister en effet à l'éclosion et au développement de troubles psychiques ayant leur traduction dans un syndrome d'influence, et des perversions des sensibilités épicrotiques alimentant un véritable délire de persécution dont la charpente constitutive correspondait au fond de débilité mentale constitutionnelle du sujet. Le déroulement du syndrome psychopathique a coïncidé avec l'instauration de signes d'endocardite, endocardite cliniquement reconnue et vérifiée au point de vue anatomique. L'endocardite a donc été un facteur important dans le déclenchement des complications psychiques, si elle n'en a pas été le facteur déterminant absolu. C'est en effet l'existence d'un ensemble complexe de facteurs qui joue le rôle le plus efficient dans le déterminisme des troubles mentaux, c'est ce que nous allons préciser dans un aperçu de pathogénie.

EN RÉSUMÉ : la synthèse clinique peut être ainsi établie. Les formes psychiques des endocardites aiguës sont essentiellement représentées par la con-

fusion avec ou sans onirisme; celles des endocardites malignes aiguës également par la confusion avec ou sans onirisme, mais le syndrome confusionnel y est moins constant et s'accompagne de beaucoup d'autres syndromes mentaux, citons parmi ceux-ci la dépression mélancolique et hypocondriaque, et l'affaiblissement psychique global ou électif; quant aux formes psychiques des endocardites malignes lentes, elles peuvent être constituées également par un syndrome confusionnel mais celui-ci est toujours moins net, moins pur et le plus souvent associé à d'autres signes psychopathiques, signes qui peuvent traduire tous les syndromes mentaux possibles. C'est dire que la symptomatologie psychique des endocardites malignes lentes, elle aussi, sera protéiforme.

CHAPITRE IV

APERÇU PATHOGÉNIQUE DÉDUCTIONS PRONOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

APERÇU PATHOGENIQUE

Nous avons ébauché la dégradation du noyau confusionnel à travers les trois grandes modalités cliniques d'endocardites, en essayant de montrer comment ce noyau s'articulait avec les diverses déficiences organo ou physio-psychiques individuelles. Efforçons-nous maintenant d'en comprendre la raison.

Trois points principaux dominent la pathogénie des troubles mentaux des endocardites :

- 1° L'infection et la virulence du germe.
- 2° L'état du cœur. Le siège et la nature de la localisation endocardique.
- 3° Le terrain, comprenant : le substratum organique hérité; les potentialités réactionnelles du sys-

tème nerveux; les stigmates des infections, intoxications exo et autogènes ayant mordu sur les différentes parties de l'encéphale.

1° L'INFECTION. — La nature du germe infectieux importe peu dans l'étiologie et la symptomatologie du syndrome mental mais importe beaucoup dans l'évolution de l'endocardite. La réaction nerveuse à un état infectieux sera dans la règle: le syndrome confusionnel. Seule pourra compter pour l'intensité du syndrome confusionnel, la virulence accrue du germe. Ces notions nous font comprendre pourquoi nous observons plus volontiers la confusion onirique pure chez l'enfant, chez l'adolescent ou l'adulte, âges de la vie les plus propres au développement des pyrexies et où l'organisme est neuf.

Un autre point mérite d'être souligné: celui des infections secondes. Celles-ci peuvent avoir pour point de départ une ulcération digestive (ulcus gastrique, obs. 5 du groupe C), des voies aériennes (cancer du poumon, obs. 6 du groupe C), du tractus génital (infection puerpérale, obs. 2 du groupe C; curiethérapie pour cancer utérin, obs. 4 du groupe B, arthropathies gonococciques de l'obs. 5 du groupe B). Ces infections secondes sont assez fréquemment la cause des remaniements de l'endocarde généralement touché par une infection rhumatismale ou autre; ce sont elles qui sont susceptibles, dans le groupe des endocardites malignes aiguës, de provoquer les embolies septiques redoutables. Il est très difficile,

même par l'hémoculture, de différencier ces infections secondes de la reviviscence simple du germe causal telle qu'on peut l'observer dans les endocardites subaiguës des cardiaques ou les endocardites rhumatismales malignes. Enfin, dernière considération importante : le facteur de virulence du germe causal est fonction de l'état d'équilibre physiologique du sujet, nous y reviendrons en parlant du terrain.

2° L'ÉTAT DU CŒUR. — Le siège de la localisation sur l'endocarde importe beaucoup : sur le cœur gauche c'est l'embolie dans la grande circulation avec toutes ses conséquences : manifestations d'encéphalomalacie généralement en foyers de transudation œdémateuse, symptomatologie variée et capricieuse selon le siège du vaisseau obstrué et l'étendue de l'imbibition œdémateuse.

Sur le cœur droit : ce sont les complications pulmonaires et la gêne de la circulation de retour avec ses conséquences : congestion des vaisseaux veineux cérébraux : œdèmes expliquant l'obnubilation psychique, les crises convulsives et autres, etc... Les complications myocardiques et péricardiques de l'endocardite sont également capitales dans le déterminisme (par des processus comparables aux précédents) des troubles mentaux : foyers d'attrition du tissu cérébral par variations brutales d'apport sanguin, par obstruction vasculaire, par imbibition œdémateuse quel qu'en soit le mécanisme, etc... Enfin l'état du cœur sera grandement influencé par d'autres

complications : pleuro-pulmonaires, rénales, etc..., des endocardites qui pourront jouer un certain rôle dans l'apparition d'un trouble psychique.

3° LE TERRAIN. — Son étude comprendra :

a) Le substratum organique hérité. Il est d'importance primordiale : l'étude des antécédents directs et collatéraux nous éclaireront sur les grandes avenues réactionnelles où chemineront plus volontiers les expressions mentales de nos sujets.

b) Les potentialités réactionnelles du système nerveux : seront fournies par l'étude des antécédents personnels du malade et le sens de ses réactions antérieures, tout comme du reste.

c) Les stigmates des infections, des intoxications exo et autogènes ayant déjà touché l'encéphale. Explication des symptômes d'imprégnation éthylique (obs. 5 du groupe A; obs. 4 du groupe A; obs. 7 du groupe A, etc.).

On ne saurait trop insister sur l'importance du coefficient hérédité dans le déterminisme de la symptomatologie psychique (obs. 6 du groupe B en offre un exemple probant).

CONCLUSION. — Un sujet ayant un encéphale normalement constitué et de fonctionnement normal fera, sous l'effet d'un état infectieux à localisation endocardique, une réaction psychique à type de confusion mentale typique. Lorsque l'encéphale sera taré par un mécanisme héréditaire ou acquis : la confusion pourra s'accompagner d'autres symp-

tômes. Enfin un état infectieux agit aussi sur l'encéphale par les modifications de l'hématose sanguine et son retentissement sur les échanges tissulaires nerveux et également par l'asphyxie cellulaire provoquée par les imbibitions œdémateuses résultats de l'infection, de la difficulté de circulation de retour, de la défaillance myocardique, des auto-intoxications par défaut des émonctoires, etc...

DEDUCTIONS PRONOSTIQUES

L'apparition de troubles mentaux au cours de l'évolution d'une endocardite constitue toujours une aggravation du pronostic de celle-ci, aggravation de signification différente : *a)* suivant la nature de l'endocardite, c'est-à-dire en définitive suivant la nature de l'infection et *b)* surtout suivant la nature du syndrome psychopathique.

a) Suivant la nature de l'endocardite. — Au cours des endocardites malignes aiguës et d'évolution lente, le développement de symptômes mentaux traduisent l'extension de processus lésionnels au niveau de l'encéphale : c'est donc une accentuation du mal. •

Au cours des endocardites aiguës, quelle qu'en soit l'étiologie, il y a souvent opposition entre l'intensité extrême des signes psychiques (confusion mentale dramatique, par exemple) et l'atténuation ou la discrétion des symptômes cardiaques; le pronostic est alors uniquement fonction de la nature du substratum cérébral conditionnant les troubles mentaux.

b) La nature du syndrome psychopathique.

Quel qu'il soit, survient-il :

1° sur un cerveau jeune et bien constitué : il s'extériorisera sous l'aspect de la confusion avec ou sans onirisme qui guérira le plus souvent d'une façon totale exceptionnellement avec des idées fixes post-oniriques comme séquelle. La confusion traduit l'intensité de l'infection et la sensibilité réactionnelle particulière du cerveau;

2° sur un cerveau d'âge mûr ou de vieillard chargé des fatigues et de l'épuisement de la vie (artérite cérébrale, intoxication, etc.) : il se traduira par un syndrome confusionnel associé : de pronostic encore favorable mais proportionné à la nature de la lésion associée;

3° sur un cerveau d'âge mûr, mais grevé d'une hérédité vésanique : pronostic toujours sérieux et en rapport avec la variété de la psychopathie déclenchée et développée par le processus endocarditique.

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

Les indications du traitement se poseront de deux façons :

1° Le trouble psychique est fonction directe de l'endocardite (type : confusion mentale). Le traitement de celle-ci fera disparaître celui-là.

2° Le trouble psychique n'est qu'indirectement la conséquence de l'endocardite : il y aura toujours nécessité de traiter l'endocardite, mais la thérapéu-

tique peut en outre présenter certaines particularités suivant le syndrome mental en cause.

a) TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE.

a) ENDOCARDITE AIGUE. — Le traitement dépendra de la nature du germe.

Endocardite du rhumatisme articulaire aigu. — Repos absolu au lit, vessie de glace précordiale, alimentation liquide ou légère. Médication salicylée à dose forte : 6-12 grammes et plus, avec alcalinisation par dose double de bicarbonate de soude, par doses fractionnées dans la journée ou bien médication iodée (iodures alcalins à la dose de 0 gr. 50 ou 1 gr. par jour). Après atténuation de la poussée aiguë, maintenir le repos au lit et continuer plusieurs mois les médications salicylée et iodée alternées (augmenter les doses en cas de rhumatisme cardiaque évolutif). L'utilisation de la médication salicylée a été récemment recommandée par voie intra-veineuse en goutte à goutte.

Endocardite des fièvres éruptives et des autres maladies infectieuses. — Mêmes prescriptions que précédemment. Antiseptiques diffusibles. Iode.

Endocardite tuberculeuse. — Rare. Dans certaines poussées fluxionnaires aiguës tuberculeuses. Médication aurique et tuberculinothérapie par scarifications à la tuberculine renouvelées tous les 15 jours en moyenne ou par injections sous-cutanées de doses croissantes de tuberculine, effectuées tous les 5 à 7 jours, depuis un demi-milligramme jusqu'à 50 centigrammes et même 1 gramme. À défaut de tubercu-

linothérapie : utiliser l'antigène méthylrique. Vaccination par le B. C. G.

b) ENDOCARDITE MALIGNE AIGUE. — Le microbe en cause et trouvé à l'hémoculture varie avec chaque cas : streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, plus rarement le gonocoque, colibacille, entérocoque, b. de Pfeiffer, anaérobies et méningocoques (embolies septiques). Le traitement est souvent illusoire. En dehors des traitements classiques, soulignons l'importance de la chimiothérapie par les sulfamides : efficace dans les endocardites gonococciques et pneumococciques. A. LEMIERRE n'a jamais constaté de guérison par les sulfamides dans les vraies septicémies à streptocoques et à staphylocoques, mais en a observé dans les septicémies à méningocoques.

c) ENDOCARDITE MALIGNE LENTE. — Agent habituel : streptocoque viridans. Séro-vaccinothérapie. Antisep-tiques diffusibles. Chimiothérapie, mais traitement bien décevant.

En raison du caractère décevant de bien des thérapéutiques des endocardites, l'attention du médecin portera surtout sur la prophylaxie des états infectieux et le traitement curateur de toutes les suppurations chroniques (caries dentaires, inflammation des sinus, etc.).

b) TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX.

Il dépend de la variété du syndrome en activité.

a) CONFUSION MENTALE SIMPLE. — Ne nécessite pas l'internement. Alitement et isolement dans une

chambre à éclairage tamisé. Veiller au fonctionnement normal des émonctoires^o et au libre transit intestinal. Ne pas surcharger le fonctionnement du cœur (pas de grosses quantités de sérum physiologique ou glucosé). Goutte à goutte rectal. Balnéothérapie tiède surveillée. Alimentation lactée liquidienne ou légère.

Dès la sédation de la période aiguë, reprendre l'alimentation substantielle et la psychothérapie active.

b) CONFUSION MENTALE AGITÉE. — Pourra faire conduire parfois le malade à l'hôpital psychiatrique, mais l'internement doit être autant que possible évité. Malades à traiter dans des services dits ouverts par : alitement, balnéothérapie tiède et bi-quotidienne. Proscrire les calmants et hypnotiques. Alimentation à la sonde une ou mieux deux fois par jour pour éviter les surcharges gastriques et la fatigue du cœur. Ne jamais employer les moyens de contention (épuisement cardiaque). Exercer une surveillance continue de jour et de nuit, qui préviendra de l'opportunité de l'utilisation de toni-cardiaques (complications soudaines de l'endocardite causale).

c) Les AUTRES SYNDROMES MENTAUX. — Troubles de l'humeur et du caractère, dépression mélancolique et hypocondriaque, affaiblissement psychique. Délires plus ou moins organisés, etc... poseront par eux-mêmes et en eux-mêmes les raisons d'un internement ou d'un traitement dans un hôpital ordinaire.

CONCLUSIONS

1° Les troubles psychiques au cours des endocardites sont loin d'être exceptionnels. Ils ont été peu étudiés parce que lorsqu'ils sont mineurs, ils passent au second plan du tableau clinique; lorsqu'ils sont considérables ils attirent sur eux toute l'attention, et le processus d'endocardite causal peut rester dans l'ombre.

2° Ils surviennent à tous les âges et dans les deux sexes : à l'âge mûr et chez le vieillard ils sont souvent plus complexes que chez l'enfant et l'adolescent.

3° La symptomatologie des troubles psychiques au cours des endocardites se traduit schématiquement ainsi :

A) Au cours de l'endocardite aiguë, type rhumatismal de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, le tableau clinique est celui de la confusion mentale typique avec ou sans onirisme.

B) Au cours de l'endocardite maligne d'évolution aiguë de l'adulte ou de l'âge mûr, la traduction clinique est, le plus souvent, un syndrome confusionnel auquel se surajoutent, parfois, d'autres signes mentaux. Le syndrome confusionnel est alors moins pur que dans l'endocardite aiguë.

C) Les troubles psychiques au cours de l'endocardite maligne d'évolution lente de l'adulte, de l'âge mûr ou du vieillard, se manifesteront par des troubles mentaux variés. Le syndrome confusionnel, lorsqu'il existe, est très dégradé, souvent flou ou associé à d'autres signes mentaux : dépression mélancolique, obnubilation et affaiblissement psychique par exemple, mais tous les troubles mentaux élémentaires ou organisés peuvent être représentés, l'endocardite favorisant l'extériorisation des déficiences latentes de l'organisme nerveux. Ajoutons que la longueur relative de la durée d'évolution de l'endocardite maligne lente permet l'organisation et le développement non seulement de troubles psychiques élémentaires mais de véritables psychoses.

4° Les troubles psychiques au cours des endocardites peuvent être rangés en deux groupes :

a) Ceux qui sont directement provoqués par l'endocardite et le syndrome infectieux causal : ils surviennent en même temps ou peu après l'apparition de l'endocardite.

b) Ceux qui ne sont qu'indirectement provoqués par l'endocardite (processus emboliques, thrombotiques, troubles circulatoires encéphaliques) ou qui ne surviennent qu'à l'occasion de l'endocardite, l'endocardite jouant un rôle déclenchant chez certains sujets prédisposés par leur constitution (hérédité) ou par des modifications acquises du terrain (intoxication éthylique entre autres).

5° Les troubles psychiques au cours des endocardites sont essentiellement fonction de la nature et de l'intensité du syndrome infectieux, beaucoup plus que de la variété d'endocardite, ainsi que de la nature réactionnelle du terrain. Le rôle des infections secondaires à point de départ de lésion ulcéreuse (tractus digestif : ulcus; voies génitales : cancer utérin ulcéré) doit être souligné.

6° Le polymorphisme clinique des manifestations psychiques au cours des endocardites relève de la multiplicité des causes associées, provenant : a) de la multiplicité du facteur infectieux ; b) des tares héréditaires ou acquises.

7° Le pronostic des troubles psychiques au cours des endocardites sera immédiatement commandé par la gravité du syndrome infectieux ; ensuite par la variété de détermination de l'endocardite ; plus tardivement enfin par la nature des troubles mentaux déclenchés à cette occasion. Chez un sujet sans tare mentale antérieure évidente ou latente : la confusion guérit sans séquelles.

Chez un sujet, psychopathe en puissance, la confusion mentale peut être le point de départ de toutes les psychoses possibles : mélancolie délirante, psychose hallucinatoire avec délire chronique, démence précoce, ou de toutes les modalités d'affaiblissement psychique, etc... Le pronostic sera alors celui de la psychose, ou de la variété de désintégration mentale apparues.

8° Le traitement de la confusion mentale agitée sera délicat chez un malade porteur d'une localisation endocardique : il imposera l'isolement au cours duquel la thérapeutique sera d'abord celle de l'infection causale (importance de l'identification des germes; hémoculture); puis celle des séquelles mentales, si celles-ci se produisent.

9° L'étude des troubles psychiques au cours des endocardites permet donc de rappeler tous les problèmes généraux que posent les rapports des cardiopathies avec le fonctionnement cérébral.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL. — Du rhumatisme viscéral. (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1866.)
- BONNAMOUR et GAUTHIER. — Délire aigu au cours d'une endocardite blennorragique maligne simulant le rhumatisme. (*Lyon Médical*, 5 juin 1910, p. 1.153.)
- BOURLON. — Rhumatisme cérébral chez l'enfant. (*Thèse Paris*, 1912.)
- CHATAGNON (P.), BROUSSE, SHERRER et CHATAGNON (C.). — Formes psychiques d'une endocardite végétante à évolution lente. (*Société Médico-Psychologique*, 1939, p. 253.)
- Les troubles psychiques des cardiaques. (*Académie de Médecine*, 1938.)
- CLAUDE et OURY. — Les accidents nerveux de l'endocardite maligne prolongée. (*Revue de Médecine*, 1922, pp. 449-469.)
- DEBRÉ. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 novembre 1917, 15 février 1918. (*Presse Médicale* 8 nov. 1917, 17 décembre 1917, et *Revue de Médecine* avril-mai-juin-sept.-oct. 1919.)
- FROMENT (R.) et RONGIER (G.). — *Journal de Médecine de Lyon*, 1937, p. 315.
- JOFFÉ (M^{re}). — *Thèse Paris*, 1908.
- KUYPERS. — Contribution à l'étude clinique de la forme cérébrale de l'endocardite lente. (*Thèse Paris*, 1937.)
- LEMIERRE et AUGIER. — Endocardite lente à forme psychique. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 20, 9 mars 1932.)
- LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA. — *Gazette des Hôpitaux*, 1938, 12 et 17 mars.

- NOBÉCOURT et DARRÉ. — Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aiguë chez un enfant de 7 ans. (*Pédiatrie Pratique*, 5 janvier 1912.)
- PAGES. — Les formes nerveuses de l'endocardite maligne prolongée. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 597.)
- POLLIARD, DECHAUME et SEDAILLEAU. — Les formes nerveuses de l'endocardite maligne lente. (*Journal de Médecine de Lyon*, 1924, p. 131.)
- VIDAL. — Contribution à l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne lente. (*Thèse de Montpellier*, 1925-26.)
- WINKELMAN et ECKEL. — Le cerveau dans l'endocardite infectieuse. (*Arch. of Neurology and Psychiatry*, juin 1930.)

